

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

ESSAI DE 3^{IÈME} CYCLE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE
(PROFIL INTERVENTION)

PAR
DOMINIQUE RICARD

FACTEURS DE PROTECTION ET CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ DES
ADOLESCENTES

JANVIER 2010

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE INTERVENTION (D.Ps.)

Programme offert par l'Université du QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

FACTEURS DE PROTECTION ET CONDUITES SUICIDAIRES CHEZ DES ADOLESCENTES

PAR

DOMINIQUE RICARD

Frédéric Langlois, directeur de recherche

Université du Québec à Trois-Rivières

Michelle Dumont, membre du jury

Université du Québec à Trois-Rivières

Gerry Marino, évaluateur externe

Centre de Santé et de Services Sociaux du Sud de Lanaudière

Ce document est rédigé sous la forme d'un article scientifique, tel qu'il est stipulé dans le règlement des études de cycles supérieurs (article 138) de l'Université du Québec à Trois-Rivières. L'article a été rédigé selon les normes de publication de revues reconnues et approuvées par le Comité d'études de cycles supérieurs en psychologie.

Sommaire

Bien que le suicide représente l'une des principales causes de mortalité chez les adolescents à l'échelle mondiale, sa prévention demeure difficile. Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs de risque, notamment la dépression, le désespoir et les événements de vie stressants négatifs. Cependant, il existe également des facteurs protecteurs associés au suicide et peu d'études s'y sont attardées. Les facteurs de risque et de protection sont susceptibles de différer selon la catégorie d'âge et le sexe des personnes suicidaires considérées et très peu de données concernent spécifiquement les adolescentes à haut risque.

Les deux premiers objectifs de cette recherche étaient de comparer des adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur à des adolescentes de la population générale quant à la présence et l'intensité de : 1) trois facteurs de risque (dépression, désespoir et événements de vie stressants malheureux) et : 2) de trois facteurs de protection (stratégies de coping, spiritualité et raisons de vivre). Un troisième objectif de l'étude était de comparer les filles vulnérables (dépression de modérée à sévère) en provenance de la clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur ayant des conduites suicidaires aux filles vulnérables de la population générale. Enfin, l'objectif ultime de cette étude était de vérifier jusqu'où certains facteurs de protection détiennent une valeur de prédiction pour l'absence de conduites suicidaires parmi les adolescentes (dépression de modérée à sévère), tant au sein de la population en provenance de la clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur ayant des conduites suicidaires que les filles de la population générale.

L'échantillon total comportait 150 adolescentes, dont 30 référées dans une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur de la région de Montréal pour conduites suicidaires et 120 recrutées parmi la population générale. Il appert qu'un plus haut niveau de dépression, de désespoir, d'événements de vie stressants négatifs ainsi qu'un style de coping non productif, un plus faible niveau de spiritualité et moins de raisons de vivre caractérisent les adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance de la clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur comparativement aux participantes issues de la population générale. L'utilisation de sous-groupes d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) des populations générale et clinique a permis de suggérer que ces différences sont spécifiques aux filles de la clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur ayant des conduites suicidaires. Une analyse de régression logistique a de plus révélé une bonne valeur de prédiction pour trois sous-échelles de facteurs de protection particuliers quant à l'absence de conduites suicidaires : la découverte de soi, la peur du suicide et l'acceptation de soi. L'ensemble de ces résultats permet de proposer des pistes intéressantes pour raffiner les stratégies de prévention et d'intervention auprès des adolescentes qui demande de l'aide dans des cliniques spécialisées sur les troubles de l'humeur et certaines adolescentes de la population générale.

Mots-clés : risque suicidaire, adolescente, facteurs de protection, facteurs de risque, dépression, désespoir, événements de vie stressants, stratégies de coping, spiritualité, raisons de vivre.

Remerciements

Cet essai n'aurait vu le jour sans la confiance, la patience et la générosité de mon directeur de recherche, Monsieur Frédéric Langlois. Je le remercie pour le temps et la patience qu'il m'a accordée tout au long de ces années, d'avoir cru en mes capacités et de m'avoir fourni d'excellentes conditions de travail. De plus, les conseils qu'il m'a donné tout au long de la rédaction ont toujours été clairs et succincts, me facilitant grandement la tâche et me permettant d'aboutir à la production de cet essai.

J'aimerais par ailleurs souligner la contribution du Dr. Jean-Jacques Breton, pédopsychiatre à l'Hôpital Rivière-des-Prairies, sans qui cette recherche n'aurait pas eu lieu. Son expertise au niveau de la recherche auprès d'adolescents suicidaires m'ont été d'un précieux recours.

Je voudrais également remercier infiniment Monsieur Claude Berthiaume pour son aide précieuse lors du traitement statistique des données de recherche et pour les nombreuses réflexions apportées tout au long du processus de cette étude.

De précieux remerciements s'adressent à toute l'équipe de la Clinique des Troubles de l'Humeur de l'Hôpital Rivière-des-Prairies qui a participé activement à la partie expérimentale de cette thèse. Merci pour votre soutien, vos encouragements et votre présence. Un merci tout particulier à Silvia De Armas, qui a été d'une écoute incomparable dans les moments plus difficiles.

Je tiens également à remercier Madame Christiane Plante, secrétaire à la recherche. Sa gentillesse, de même que sa promptitude à résoudre le moindre souci administratif ont définitivement facilité la réalisation de cette recherche.

Je voudrais en plus souligner la participation de mes collègues de travail du CLSC Lamater pour la discussion entourant les résultats de cette recherche et le soutien moral qu'ils m'auront fournis tout au long de la rédaction de cet essai.

Merci à ma famille et à mes amis pour leur irremplaçable et inconditionnel soutien. Ils ont été présents pour écarter mes doutes, soigner mes peines et partager mes joies.

Finalement, le plus fort de mes remerciements est pour Christian, mon amoureux, qui a eu la lourde tâche de me soutenir durant les dernières années de mon travail. Sa patience et ses encouragements m'ont largement aidé à mener à bien cette étude. Merci de m'avoir tenu la main jusqu'aux dernières lignes de cet essai. Ta présence et ton aide m'ont été indispensables. Merci d'être là tous les jours.

Table des matières

Sommaire	iv
Remerciements	vi
Introduction	1
Chapitre 1 : Article	5
Facteurs de protection et conduites suicidaires chez des adolescentes	6
Discussion générale	60
Conclusion	87
Références	90
Appendice A	100
Questionnaire des renseignements généraux	101
Appendice B	103
Inventaire de dépression de Beck, 2 ^{ième} édition (BDI-II)	104
Appendice C	107
L'échelle de désespoir de Beck (HS)	108
Appendice D	109
Questionnaire des événements de vie (LEQ-A)	110
Appendice E	114
Échelle de coping pour adolescents (ACS)	115
Appendice F	119
Échelle de spiritualité pour adolescents (SC-A)	120
Appendice G	122
Inventaire des raisons de vivre pour adolescents (IRV A)	123

Introduction

Le suicide est un problème majeur à l'échelle internationale et chaque année, plus d'un million de personnes s'enlèvent la vie (OMS, 2004). Le Canada, (surtout la province de Québec), se retrouve, avec d'autres pays occidentaux, en tête de liste et ce, malgré la diminution des taux de suicide observé depuis 2000 (St-Laurent et Gagné, 2008). Chez les adolescents, le suicide est l'une des principales causes de décès dans plusieurs pays. Le suicide est un phénomène complexe déterminé par l'interaction de plusieurs facteurs. Les facteurs de risque, notamment la dépression, le désespoir et les événements de vie stressants malheureux ont été largement étudiés en lien avec le suicide, incluant chez les jeunes. Récemment, l'étude du phénomène s'est élargie aux facteurs de protection, car ils s'avèrent plus pertinents pour réduire les conduites suicidaires que la diminution des facteurs de risque (Borowsky et coll., 1999). Toutefois, ce domaine relativement nouveau de la recherche contient toujours des lacunes importantes. Ainsi, des définitions différentes du concept de facteurs de protection sont utilisées, mais surtout, peu d'études se sont intéressées au lien entre les facteurs de protection et les conduites suicidaires auprès des adolescents. La compréhension des mécanismes en jeu reste incertaine et les données concernant spécifiquement les filles sont rares. Étant donné les différences marquées observées entre les garçons et les filles quant à la nature et l'intensité des facteurs de risque (Blum et coll., 1992; Blumenthal et Kupfer, 1986; Centres for Disease Control, 1991; Côté et coll., 1990; Meehan et coll., 1992) et de protection contre les conduites suicidaires (Connell et Meyer, 1991 ; Coyle, 2002 ; Dyson et coll., 1997; Seiffge-Krenke et Klessinger, 2000), il importe d'étudier ces deux populations séparément.

Cet essai a quatre objectifs : 1) confirmer la présence significativement plus élevée de dépression, de désespoir et d'événements de vie stressants malheureux chez des adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur comparativement à des adolescentes de la population générale; 2) vérifier si des stratégies de coping, la présence et l'intensité de la spiritualité et le nombre de raisons de vivre diffèrent significativement entre des adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur et des adolescentes de la population générale; 3) vérifier si, le cas échéant, ces différences s'appliquent également à des adolescentes considérées vulnérables (dépression de modérée à sévère) tant parmi la population avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur que parmi la population générale (niveau de dépression de modéré à sévère) et, finalement; 4) déterminer la valeur de prédiction des facteurs de protection pour l'absence de conduites suicidaires auprès des adolescentes considérées vulnérables (dépression de modérée à sévère), tant parmi la population clinique que parmi la population générale. Ces données pourraient permettre non seulement de souligner la présence et l'importance de facteurs de risques et de protection qui touchent particulièrement certaines jeunes filles, mais également de proposer des pistes de stratégies pour le traitement et la prévention auprès des adolescentes à risque suicidaire élevé recherchant de l'aide dans des cliniques spécialisées sur les troubles de l'humeur et des adolescentes de la population générale.

Le premier chapitre présente un article empirique. Il s'agit des résultats d'une étude portant sur 150 participantes, dont 30 avec des conduites suicidaires. Les résultats suggèrent que des adolescentes ayant des conduites suicidaires, en provenance d'une clinique spécialisée, adoptent des stratégies de coping non productives, présentent moins de spiritualité et rapportent moins de raisons de vivre que des adolescentes, vulnérables ou non, de la population générale. De plus, une bonne découverte de soi, la peur du suicide et l'acceptation de soi détiennent une bonne valeur de prédiction contre les conduites suicidaires auprès des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère). Les retombées de ses résultats, tant au plan clinique qu'empirique, sont discutées dans la section discussion. En particulier l'importance que l'on doit accorder à la dépression et au désespoir chez des adolescentes dans les écoles, mais également la promotion des facteurs de protection pour la prévention.

Chapitre 1 : Article

Facteurs de protection et conduites suicidaires chez des adolescentes

Dominique Ricard, M.Ps.^{1,2}, Réal Labelle, Ph.D.^{2,3,4}, Claude Berthiaume, M. Sc.²

Frédéric Langlois, Ph.D.¹ et Jean-Jacques Breton, MD. M.Sc. ^{2,3,4}

¹Université du Québec à Trois-Rivières

²Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies

³ Université du Québec à Montréal

⁴Université de Montréal

Résumé

Objectif : Cette étude compte quatre objectifs principaux. Les deux premiers objectifs consistent à comparer la présence et l'intensité de facteurs de risque et de facteurs de protection associés aux conduites suicidaires chez des adolescentes de la population générale et des adolescentes ayant des conduites suicidaires référées en clinique. Troisièmement, vérifier la présence des différences quant à ces facteurs entre des sous-groupes d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale et des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère et suicidaires) ayant des conduites suicidaires référées en clinique. Enfin, déterminer la valeur de prédiction des facteurs de protection pour l'absence de conduites suicidaires. **Méthode :** Cent vingt adolescentes de la population générale et 30 adolescentes ayant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur ont répondu à des questionnaires concernant trois facteurs de risque (dépression, désespoir et événements de vie malheureux) et trois facteurs de protection (stratégies de coping, spiritualité et raisons de vivre). Parmi les participantes, 54 formaient un sous-groupe considéré vulnérable (25 de la population générale et 29 ayant des conduites suicidaires de la population clinique ; toutes avec des éléments dépressifs de modéré à sévère). **Résultats :** Tel qu'attendu, des différences significatives sont observées entre les adolescentes de la population générale et les adolescentes ayant des conduites suicidaires de la population clinique quant aux trois facteurs de risque considérés, résultats qui s'appliquent également au sous-groupe d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère). Sur le plan des facteurs de protection, les adolescentes de la population générale utilisent

plus de stratégies de coping productive et de type référence aux autres, elles atteignent un niveau plus élevé de spiritualité et elles rapportent plus de raisons de vivre que les adolescentes ayant des conduites suicidaires de la population clinique. On retrouve également ces différences lorsque l'on compare les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale de celles de la population en provenance d'une clinique spécialisée. En ce qui a trait à la valeur de prédiction pour l'absence de conduites suicidaires chez les adolescentes vulnérables, elle est significative pour un facteur de spiritualité (découverte de soi) et deux raisons de vivre (peur du suicide et acceptation de soi) et non pour le style de coping. **Discussion.** Ces résultats suggèrent qu'une bonne découverte de soi, une certaine peur face au suicide et une bonne acceptation de soi, représentent des éléments protecteurs contre les conduites suicidaires chez des adolescentes vulnérables qui demande de l'aide dans des cliniques spécialisées et certaines adolescentes de la population générale. Ces résultats permettront d'accentuer la recherche dans ce domaine et éventuellement, d'orienter les interventions cliniques auprès de cette clientèle à risque.

Mots clés : risque suicidaire, adolescente, facteurs de protection, facteurs de risque, dépression, désespoir, événements de vie malheureux, stratégies de coping, spiritualité, raisons de vivre.

L'ampleur du suicide chez les jeunes

Chaque année, dans le monde, environ 1 million de personnes s'enlèvent la vie, nombre qui pourrait s'élever à 1,5 million d'ici 2020 selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2004). Pourtant, ces chiffres sont en baisse dans quelques régions du monde. Au Québec, par exemple, 1136 personnes se sont enlevées la vie en 2006 pour un taux de 14,8 par 100 000 habitants, ce qui représente le plus bas taux enregistré au cours des 25 dernières années (St-Laurent et Gagné, 2008). Mais cette diminution du taux de suicides québécois, qui s'observe depuis le début des années 2000, est principalement due à une diminution du nombre de suicides chez les hommes (St-Laurent et Gagné, 2008). Même constat chez les adolescents de 15-19 ans, où le nombre de suicide a chuté de plus des deux tiers entre 1999 et 2006, grâce principalement à une forte diminution chez les jeunes garçons (St-Laurent et Gagné, 2008). Étant donné que le suicide représente toujours la seconde cause de mortalité parmi la population québécoise âgée entre 15 et 19 ans (et la première cause chez les 20-34 ans) les raisons entourant les conduites suicidaires des filles doivent maintenant être investiguées plus particulièrement. D'ailleurs, les tentatives de suicide chez l'adolescent sont de trois à quatre fois plus élevées chez les filles que chez les garçons (Centres for Disease Control and Prevention, 1991; McIntosh, 2000), les ratios variant de trois à neuf tentatives de suicide chez les filles contre une pour les garçons (Blumenthal et Kupfer, 1986). C'est pourquoi la présente étude s'est penchée sur la problématique des filles.

Mais au-delà du genre, plusieurs facteurs de risque et de protection ont été identifiés relativement aux conduites suicidaires chez l'adolescent et certains d'entre eux méritent une attention particulière

Facteurs de risque

Les facteurs de risque désignent la probabilité d'une issue sanitaire défavorable, ou des facteurs qui augmentent cette probabilité (OMS, 2004). Le terme « facteur de risque », bien que largement utilisé dans les écrits scientifiques peut cependant générer une certaine confusion. Le terme recouvre en fait deux catégories de facteurs: 1) les situations de risque comme le stress vécu par une personne, 2) les facteurs de vulnérabilité qui influencent (dans le sens négatif) la réponse de la personne face à un stress. La présence d'un facteur de risque implique une modification de la réponse de la personne à une situation stressante dans le sens d'une aggravation de la réaction résultant en un devenir plus négatif. Plusieurs facteurs de risque suicidaires ont été identifiés, dont certains de nature familiale (p.ex. la qualité des relations intra-familiales et des antécédents familiaux de suicide; Wagner, 1997 ; Wagner, Silverman et Martin, 2003) et d'autres associés à l'individu (p.ex. troubles mentaux, désespoir, agressivité et impulsivité; Brent et coll., 1994, 1999; Stoelb et Chiriboga, 1998 ; Berman, Jobes et Silverman, 2006).

Cet essai cible particulièrement trois facteurs de risque liés à l'individu, soit la dépression, le désespoir et des événements de vie stressants. Ces facteurs, associés au suicide en général, touchent plus particulièrement les adolescentes (Becker et Grilo, 2007; Davies et Windle, 1997; Garton et Pratt, 1995; Graber et coll., 1995; Schraedley et coll., 1999; Tubman et Windle, 1995 ; Marttunen et al., 1991; Miotto

et Preti, 2007; Shaffer et al., 1996). Étonnamment, aucune étude n'a encore comparé des groupes formés exclusivement d'adolescentes en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur et des adolescentes dans la population générale quant à la présence et l'intensité de ces trois facteurs de risque considérés simultanément.

Particularités des adolescentes

Chez les adolescentes, le nombre de tentatives de suicide et d'idéations suicidaires est clairement plus élevé que chez les garçons, tant dans la population générale que dans la population clinique (Blum et coll., 1992; Blumenthal et Kupfer, 1986; Centres for Disease Control, 1991; Côté et coll., 1990; Meehan et coll., 1992). En outre, les filles présentent une plus grande prévalence de troubles dépressifs, de désespoir et d'événements stressants malheureux que les garçons, des facteurs de risques étroitement associés aux conduites suicidaires (Angold et Costello, 2001; Angold et coll., 2002; Cole et coll., 2002; McGee et coll., 1992; Cyranowski et coll., 2000). Étant donné ces constats et le peu d'études leur étant consacrées, une attention particulière est ici accordée aux filles. Premièrement, la présente étude se penchera sur deux aspects principalement féminins du phénomène suicidaire, soit la tentative de suicide et les idéations suicidaires. Deuxièmement, un groupe d'adolescentes de la population générale et un groupe ayant des conduites suicidaires issu d'une population clinique seront comparés au plan des facteurs de risque (dépression, désespoir et événements de vie stressants), ce qui n'a encore jamais été fait. Mais surtout, la présence et l'utilité de facteurs de protection seront considérées auprès de ces adolescentes. Afin de prévenir et d'intervenir auprès des jeunes à risque, il est

crucial d'examiner non seulement des facteurs de risque, mais également des facteurs de protection associés aux conduites suicidaires. Un des objectifs de cet essai est de vérifier l'existence de différences entre les groupes d'adolescentes quant à trois facteurs de protection particuliers : le style de coping, le niveau de spiritualité et le nombre de raisons de vivre. Ces facteurs sont décrits dans la section suivante.

Facteurs de protection

Favoriser la présence et l'intensité de facteurs de protection pourrait s'avérer plus efficace pour réduire la probabilité de conduites suicidaires que la diminution des facteurs de risque (Borowsky et coll., 1999). Les facteurs de protection sont définis comme étant des composantes personnelles ou environnementales qui protègent et augmentent les capacités de faire face à un événement stressant ou à un risque tout en facilitant l'adaptation d'un individu à ces situations négatives (Brown et Harris, 1978). Au-delà de la simple absence d'un facteur de risque, le facteur de protection représente une entité ayant une valeur en soi (Rolf et coll., 1990). Par exemple, les facteurs de protection ont également une influence positive en présence d'un facteur de risque. Les facteurs de risque et de protection, ont donc une influence indépendante et conjointe sur les conduites suicidaire et doivent de ce fait être étudiés ensemble. Le modèle explicatif retenu dans le cadre de cette étude est celui d'un effet modérateur de A sur B (Kraemer et coll, 2001); c'est-à-dire que le facteur de protection (facteur A) modèrerait l'effet du facteur de risque (facteur B) sur le devenir d'une personne (p.ex. apparition de conduites suicidaires) lors une situation stressante. Par exemple, la présence de stratégies de coping productives, la spiritualité et/ou les raisons de vivre diminuerait l'influence des éléments dépressifs

sur le risque de conduites suicidaires. Pour que A ait un effet modérateur sur B, il est nécessaire qu'il le précède, que A et B ne soient pas corrélés et qu'il n'y ait aucune relation de dominance entre l'un sur l'autre. Le facteur modérateur A indique, donc, chez qui et dans quelles conditions le facteur B va agir pour produire le trouble T. Dans le cadre de cette recherche, trois facteurs de protection seront considérés plus particulièrement, soit les stratégies de coping, la spiritualité et les raisons de vivre.

Stratégies de coping

L'adolescence est une période du développement particulièrement exigeante au plan de l'adaptation et de la réponse au stress (Lerner et Steinberg, 2004). La capacité des adolescents à s'adapter (coping) aux difficultés de la vie et aux événements stressants est un élément associé aux conduites suicidaires. Le coping représente l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux qui permettent de tolérer, d'éviter ou de minimiser l'effet du stress sur la santé d'une personne (Lazarus et Folkman, 1984). Le coping est une notion en développement et les conceptions théoriques varient d'un auteur à l'autre. Cependant, tous s'entendent pour affirmer que le coping vise à maintenir l'équilibre psychologique d'une personne pendant les périodes de stress (Dumont, 2001). Il semble que dans la population générale adolescente, les stratégies de coping utilisées sont généralement productives et efficaces (Chan, 1995; Compas et coll., 1991; Copeland et Hess, 1995; Dumont et Provost, 1999; Frydenberg et Lewis, 1993). Par contre, les adolescents ayant des conduites suicidaires utiliseraient des stratégies de coping inefficaces et en nombre plus restreint (Puskar et coll., 1992 ; Wilson et coll., 1995). L'émergence de comportements déviants à l'adolescence, tels que les conduites suicidaires, est

préoccupante surtout s'ils se maintiennent à l'âge adulte. La façon dont les jeunes gèrent les stressors auxquels ils sont confrontés a un impact crucial sur leur ajustement actuel et futur, ainsi que sur l'émergence (ou non) de la psychopathologie (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen, et Wadsworth, 2001). La recherche sur le coping à l'adolescence montre un retard considérable par rapport à la recherche sur les adultes et elle représente, de ce fait, une priorité essentielle (Compas et coll., 2001). Il est donc important d'identifier les stratégies de coping fonctionnelles utilisées par les adolescentes de la population générale et celles, présumées dysfonctionnelles, utilisées par les adolescentes présentant des conduites suicidaires sérieuses afin d'orienter les cibles d'intervention et de prévention à développer. Les stratégies de coping productives représentent donc un facteur de protection de choix (Bolognini, Plancherel, Nûnez et Bettschart, 1994; Chagnon, 2000; Chan, 1995; Compas et coll., 1991; Copeland et Hess, 1995; Dumont et Pronovost, 1999; Frydenberg et Lewis, 1993) dans la présente étude. Le niveau de spiritualité et la présence de raisons de vivre sont d'autres facteurs de protection potentiellement importants vis-à-vis les conduites suicidaires.

Spiritualité

L'adolescence est une période de quête d'identité, de sens et de buts (Chapman et Grossoehme, 2002). Au Québec, les valeurs traditionnelles ont été remises en question depuis plusieurs années et les repères collectifs sont devenus évasifs, voire même contradictoires (Gauthier, 1997). Par conséquent, plusieurs adolescents se questionnent davantage sur la vie et les raisons d'être (p.ex. Dumont, 2001). Il devient essentiel de montrer aux adolescents l'importance à accorder à un

état d'être qui tend vers la découverte de soi, des autres et du monde, c'est-à-dire atteindre un certain niveau de spiritualité. La spiritualité n'implique pas nécessairement une soumission à une autorité absolue tels les commandements d'un Dieu, mais elle peut représenter une forme d'autonomie et de libération de l'individu. La spiritualité propose que chacun peut choisir sa voie, ses méthodes et se fixer ses propres buts. C'est dans cette optique que la présente étude cherche à analyser la relation entre la spiritualité chez les adolescentes et les conduites suicidaires.

La compréhension de la spiritualité a beaucoup évolué au cours de la dernière décennie. Actuellement, les recherches réalisées dans le domaine revisitent le concept de la spiritualité (Coyle, 2002; Dyson et coll., 1997). Dans le cadre de la présente étude, la spiritualité est définie comme étant un construit multidimensionnel qui comprend des aspects personnels, interpersonnels et transpersonnels composés de quatre domaines : a) puissance supérieure/intelligence universelle (ex : Ma foi en une puissance supérieure/intelligence universelle m'aide à relever les défis dans ma vie), b) découverte de soi (ex : Je trouve un sens à ce que je fais), c) relation interpersonnelle (ex : Je respecte les différences entre les gens), d) connection et respect de l'environnement (ex : Je crois que la nature doit être respectée) (Delaney, 2005, Dyson et coll., 1997).

Les études répertoriées par Cotton et son équipe (2006) rapportent que la religion/spiritualité a un impact positif sur les adolescents car sa présence est associée à moins de symptômes de dépression, d'anxiété et de conduites suicidaires (Davis et coll., 2003 ; Greening et Stoppelbein, 2002 ; Pearce et coll., 2003 ; Rew et coll., 2001 ; Wright et coll., 1994). En 2003, Regnerus, Smith et Frisich démontrent

effectivement les effets positifs de la religiosité/spiritualité au niveau de la santé mentale des jeunes. Fait intéressant, plusieurs recherches suggèrent que ce facteur, religion/spiritualité, est protecteur pour le fonctionnement psychologique lorsque présent à un niveau modéré (Ball et coll., 2003; Blaine et Croker, 1995 ; Donahue et Benson, 1995; Gartner, 1996 ; King et Furrow, 2004). Il semble qu'une intensité extrême ou qu'une absence totale de religiosité/spiritualité ne prévienne pas, peut-être même exacerbe, les chances de recourir aux conduites suicidaires (p.ex. Ball et coll., 2003). Cette étude permettra de vérifier si la spiritualité, à un degré modéré, caractérise certaines adolescentes de la population générale qui présentent peu de risque de développer des conduites suicidaires. Mais la définition même de spiritualité a beaucoup évolué au cours des dernières années et différents facteurs de spiritualité doivent maintenant être considérés (p.ex. Coyle, 2002 ; Dyson et coll., 1997). Par exemple, l'analyse factorielle de l'échelle de mesure de spiritualité pour adultes de Delaney (2005) a révélé trois composantes, à savoir la croyance en un être ou une intelligence supérieure, mais également la découverte de soi et les relations avec les autres. Il s'agit donc non seulement de vérifier si ces trois facteurs s'appliquent à l'adolescence, mais également de déterminer la valeur de chacun comme protecteur contre les conduites suicidaires. Un autre facteur de protection contre les conduites suicidaires est constitué du nombre et de l'intensité des raisons de vivre qu'a un individu. Ce facteur est décrit ci-après.

Raisons de vivre

En ce qui a trait aux raisons de vivre, le troisième grand facteur de protection contre le suicide considéré ici, très peu d'études sont disponibles auprès d'adolescents. Et ces rares études utilisent généralement l'inventaire des raisons de vivre pour adultes. Néanmoins, toutes les données indiquent une différence significative entre les jeunes présentant des conduites suicidaires et les non-suicidaires (Connell et Meyer, 1991 ; Pinto et coll., 1998 ; Gutierrez, 2000). En particulier, la survie et la capacité d'adaptation et l'objection morale représentent des raisons de vivre significativement plus importantes pour les adolescents non-suicidaires (Pinto et coll., 1998 ; Gutierrez, 2000). Ainsi, le nombre de raisons de vivre et l'importance qu'on leur accorde devraient représenter un facteur de protection contre les conduites suicidaires chez les adolescents (Chan, 1995; Connell et Meyer, 1991; Gutierrez et coll., 2000; Pinto et coll., 1998). En outre, les adolescents ayant des conduites suicidaires semblent plus enclins à rapporter la désapprobation sociale et la peur du suicide comme raisons de vivre (Gutierrez, 2000), ce qui représentent des raisons négatives et difficiles à promouvoir. La nature et l'importance des raisons de vivre doivent donc être investiguées plus profondément.

Étant donné le nombre élevé d'idéations suicidaires et de tentatives de suicide chez les adolescentes, l'importance des facteurs de protection pour contrer ces conduites suicidaires et le peu d'études consacrées à ce sujet, il importe d'orienter la recherche sur le suicide en ce sens. En particulier, il est essentiel de non seulement considérer des adolescentes à haut et faible risque de commettre un acte suicidaire,

mais également des adolescentes à risque modéré, c'est-à-dire vulnérables (dépression de modérée à sévère), afin d'évaluer la valeur de protection de ces facteurs. Dans le même ordre d'idées, le recrutement d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale n'ayant pas commis de passage à l'acte permet de vérifier si et comment elles diffèrent des adolescentes qui présentent des conduites suicidaires.

Objectifs de l'étude

Cette recherche a quatre objectifs principaux. Les deux premiers objectifs consistent à vérifier si la présence et l'intensité de facteurs de risque (dépression, désespoir et nombre d'événements de vie malheureux) et de facteurs de protection (stratégies de coping, spiritualité et raisons de vivre) diffèrent entre des adolescentes suicidaires en population clinique et des adolescentes de la population générale. Le troisième objectif vise à comparer des sous-groupes d'adolescentes dites vulnérables (dépression de modérée à sévère), formés à partir de notre population clinique et générale, aux niveaux des mêmes facteurs de risque et de protection. Enfin, le but ultime de cette étude est de déterminer la valeur de prédiction spécifique des facteurs de protection pour l'absence de conduites suicidaires chez les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère).

Méthode

Participants

Cent cinquante adolescentes ont participé à l'étude. Le groupe clinique est constitué de 30 adolescentes âgées entre 14 et 17 ans recrutées dans une clinique

spécialisée sur les troubles de l'humeur de la région de Montréal. Elles devaient présenter des conduites suicidaires sérieuses, c.-à-d. souffrir d'un trouble de l'humeur et rapporter, au minimum, des idéations suicidaires sérieuses (2 ou 3 à l'item 9 du BDI-II). Toutes les adolescentes qui se sont présenté à la clinique spécialisée, suite à une référence médicale d'une urgence d'un centre hospitalier de la région de Montréal, entre septembre 2005 et avril 2006, ont accepté de participer à l'étude. Les adolescentes répondaient systématiquement à tous les questionnaires utilisés dans la présente étude lors de leur acceptation à la clinique des troubles de l'humeur.

Les participantes du groupe d'adolescentes de la population générale ont été recrutées dans le cadre d'une étude plus vaste (Breton et coll., 2008). Un total de 4370 jeunes (garçons et filles) ont été sollicités dans huit écoles secondaires de la région de Montréal. Parmi ceux-ci, 283 élèves ont retourné le formulaire de consentement signé par un parent et ont été rencontrés, dont 132 filles, qui composent le présent groupe de comparaison. De ce nombre, une adolescente a été retirée de l'étude pour avoir rapporté des conduites suicidaires à l'item neuf (score de 2 ou 3) de l'inventaire de dépression de Beck (BDI-II ; voir description plus bas). Le questionnaire de cette participante a cependant été exclu des analyses aux fins d'homogénéité de l'échantillon. Cette adolescente a été orientée vers des services professionnels. De plus, onze adolescentes ont été exclues de l'échantillon car elles n'ont pas répondu aux questionnaires lors de la passation de groupe. Le groupe final de la population générale est donc composé de 120 adolescentes.

Parmi toutes les adolescentes (n=150), un sous-groupe (n=54) dit vulnérable (dépression de modérée à sévère) a été formé afin de mesurer la valeur des facteurs de protection. Ces adolescentes devaient présenter un niveau de dépression modéré (score entre 20 et 28) ou sévère (score de 29 à 63 au BDI-II) et avoir vécu au moins un événement de vie malheureux au cours de la dernière année. De ce sous-groupe, les adolescentes ont été divisées en deux. Dans un cas, 29 jeunes suicidaires de la population clinique ayant répondu 2 (J'aimerais me suicider) ou 3 (Je me suiciderais si l'occasion se présentait) à l'item neuf du BDI-II. Dans le second cas, 25 jeunes de la population générale, ayant répondu 0 (Je ne pense pas du tout à me suicider) ou 1 (Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas) à la question numéro neuf du BDI-II (Figure 1).

Instruments de mesure

Questionnaire de renseignements généraux. Ce questionnaire est issu de l'Enquête québécoise sur les jeunes (Valla, Breton et coll., 1994). Il contient les variables nécessaires à la gestion de la recherche et à l'analyse des résultats : date de naissance, âge, lieu de naissance, sexe, niveau de scolarité, le fait d'avoir doublé ou non une année scolaire, lieu de résidence, nombre d'enfants dans leur famille biologique et rang qu'ils y occupent, moyenne académique générale et niveau d'études de leurs parents biologiques.

Inventaire de dépression de Beck, 2^{ième} édition (BDI-II). L'Inventaire de Dépression de Beck-II (Beck, Steer et Brown, 1996) est l'un des instruments les plus utilisés pour évaluer les symptômes de dépression auprès des adolescents et des adultes (Piotrowski, 1996). Cette dernière version constitue une importante

révision du BDI-I et répond aux critères du DSM-IV concernant la dépression majeure. Cet instrument mesure la présence et la sévérité des symptômes cognitifs, affectifs et somatiques de la dépression. Il comprend 21 items dont la cotation s'effectue sur une échelle de Likert en quatre points, entre 0 et 3. Les scores plus élevés indiquent un plus haut niveau de dépression et peuvent se situer entre 0 et 63. Plusieurs études ont démontré les bonnes qualités psychométriques du BDI - II, et ce, auprès de populations générale et clinique (voir Steer et Beck, 2000, pour une revue des études). Cet instrument possède une excellente constance interne ($\alpha = 0,93$) et une excellente stabilité temporelle (une semaine; $r = 0,93$) (Beck et coll., 1996; Dozois et coll., 1998). La version française a été validée (alpha de .89) auprès d'un échantillon de plus de 712 adolescents québécois (Breton, Labelle et Dufresne, 2000).

L'échelle de désespoir de Beck (HS). Cette échelle de Beck, Weissmen, Lester et Trexler (1974) comprend 20 énoncés (vrai ou faux) qui permettent de mesurer le degré de pessimisme d'une personne ou d'attentes négatives envers le futur. L'échelle présente une bonne consistance interne (alpha entre 0,82 et 0,93) (Beck et Steer, 1988) et les coefficients de stabilité test-retest sont de 0,69 après une semaine et 0,66 après six semaines. Une traduction française effectuée par Cottraux, Bouvard et Légeron (1985) a été validée par Berger (1998) et l'instrument présente une consistance interne de 0,97 pour les participants dépressifs et de 0,79 pour les participants des groupes contrôles, ce qui est satisfaisant. Au Québec, l'instrument de mesure a été validé auprès de 283 adolescents (Breton et coll., 2008). L'échelle possède une consistance interne de 0,82.

Questionnaire des événements de vie pour adolescents (LEQ-A). Cet instrument de 39 items a été développé par Newcomb et coll., (1981) traduit en français par Baron, Joubert et Mercier (1991). Il évalue les situations de vie stressantes vécues par les adolescents de 14 à 18 ans. Le répondant doit effectuer trois tâches. Il évalue d'abord, sur une échelle de Likert, à quel point chaque événement le rendrait « (1) très malheureux » à « (5) très heureux ». Le répondant indique également s'il a vécu ces événements dans la dernière année. Finalement, il indique s'il a vécu ces mêmes situations il y a plus d'une année. La structure factorielle de la version française de l'instrument s'apparente étroitement à celle identifiée dans la version originale (Baron, Joubert et Mercier, 1991).

Échelle de coping pour adolescents (ACS). Élaborée par Frydenberg et Lewis (1993), cette échelle évalue 18 stratégies adaptatives reliées au stress. Le questionnaire comprend 79 items gradués de 1 (ne s'applique pas) à 5 (utilisé très souvent) et regroupés en trois styles de coping (productif, non productif et référence aux autres). Un 80^e item est ajouté à la fin et demande aux adolescents d'inscrire d'autres stratégies qu'ils utilisent et qui n'ont pas été mentionnées précédemment. Le coping productif comprend les stratégies suivantes : résolution de problèmes, travailler fort, se centrer sur le positif, se détendre et faire de l'activité physique. Le coping non productif comprend les stratégies suivantes : s'inquiéter, pensée magique, ne rien faire, réduire la tension et ignorer le problème, se blâmer, garder pour soi et se soucier du lien d'appartenance. Finalement, le style de coping référence aux autres est composé des stratégies recherche de soutien, recherche d'aide professionnelle, investir en amitié, actions sociales et aide spirituelle. Les qualités psychométriques

du questionnaire ont été validées auprès des 283 adolescents québécois de la population générale dans l'étude de Breton et coll., 2008. L'ACS possède une consistance interne de moyenne à très bonne. Les alphas de Cronbach des trois styles de coping sont de 0,83 (coping productif), 0,91 (coping non productif) et de 0,85 (référence aux autres). La stabilité test-retest sur une période de six à huit semaines est de 0,56 (Frydenberg et Lewis, 1993).

Échelle de spiritualité (SC). Cette échelle de Delaney (2005), construite auprès d'une population adulte, comprend trois composantes confirmées par les analyses factorielles: la découverte de soi et la recherche du sens de la vie, les relations avec les autres et la conscience écologique (qui inclut la croyance en un être ou une intelligence supérieure). Le facteur « découverte de soi » comprend quatre items, alors que les facteurs « relations avec les autres » et « conscience écologique » regroupent respectivement 6 et 13 items. Le questionnaire comprend un score total variant entre 23-60 (très faible niveau de spiritualité), 61-91 (faible niveau de spiritualité) 92-117 (niveau modéré de spiritualité) et 118-138 (très haut niveau de spiritualité). Pour la présente étude, une traduction (procédure de Vallerand) a été réalisée et l'instrument a été validé auprès de 283 adolescents québécois (Breton et coll., 2008). L'analyse factorielle indique ici la présence de quatre facteurs, à savoir spiritualité et croyance ($\alpha = 0,88$), découverte de soi ($\alpha = 0,77$), philosophie de vie $\alpha = 0,67$ et respect d'autrui et de l'environnement ($\alpha = 0,67$). Ces quatre facteurs seront retenus dans le cadre de la présente étude.

Inventaire des raisons de vivre pour adolescents (IRV-A). Élaboré par Osman et coll., (1998), ce test évalue cinq facteurs relatifs aux raisons de vivre des

adolescents (alliance familiale; $\alpha=0,93$, peur du suicide; $\alpha=0,93$, acceptation de soi; $\alpha=0,93$, acceptation et support des pairs; $\alpha=0,89$ et optimisme face au future; $\alpha=0,91$). Dans le cadre de cette recherche, une traduction (procédure de Vallerand) et une validation de l'instrument ont été réalisées auprès de 283 adolescents québécois (Breton et coll., 2008), ne révélant aucune différence relative à la version originale. Dans la présente étude, les cinq facteurs possédaient des alphas de .93 (alliance familiale), .92 (peur du suicide), .91 (acceptation de soi), .91 (acceptation et support des pairs) et .90 (optimisme face au futur). L'alpha total obtenu est de .93. Aucune donnée n'existe quant au coefficient de stabilité test-retest.

Déroulement

Les données associées au groupe d'adolescentes présentant des conduites suicidaires ($n=30$) ont été recueillies dans une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur de la région de Montréal. Lors du contact téléphonique pour le premier rendez-vous offert à l'adolescente et au(x) parents(s), l'infirmière présentait la recherche à l'aide d'une lettre explicative du projet. Dans le cadre de l'évaluation multidisciplinaire, une assistante de recherche rencontrait l'adolescente afin de lui expliquer à nouveau la recherche sommairement et obtenir son consentement. Elle procédait ensuite à la passation individuelle de tous les questionnaires de la présente étude, ce qui nécessitait environ 40 minutes. Parmi les participantes de ce groupe, trois adolescentes ont été rencontrées à l'unité d'hospitalisation pour la passation des questionnaires.

La collecte des données du groupe d'adolescentes de la population générale ($n=120$) a été réalisée en classe, lors de passations collectives d'une durée de 50 à 60

minutes. Suite à la remise du formulaire de consentement signé par un des parents, des groupes de 15 à 20 élèves ont été formés pour faciliter la passation des questionnaires. Deux assistantes de recherche ont été formées pour appliquer uniformément le protocole de recherche et pour administrer les questionnaires dans les classes. Elles étaient présentes pour répondre aux questions des étudiantes et pour recueillir les questionnaires dûment remplis. À la fin de la rencontre, un chèque-cadeau de 20\$ était offert au hasard dans chacun des groupes. Pour s'assurer d'identifier les adolescentes suicidaires, les assistantes de recherche ont pris soin de vérifier chacune des réponses à la question neuf du BDI-II. Trois adolescentes ont été rencontrées individuellement en raison de leurs idéations suicidaires sérieuses. À la suite de ces entrevues, deux étudiantes présentaient seulement des idéations suicidaires passagères et ont effectué un changement dans leur réponse. L'adolescente ayant besoin d'aide a été orientée vers les ressources appropriées.

Analyses

Des tests de Khi-carré ont été utilisés pour comparer les groupes quant aux variables sociodémographiques (comparaisons de fréquences pour des catégories d'âges, de niveaux de scolarité et de moyennes académiques), et pour comparer le nombre de participantes dans chaque groupe rencontrant les critères de risque suivants : un niveau élevé de dépression, un score de désespoir de modéré à sévère et la présence d'au moins trois événements de vie malheureux.

Des scores moyens obtenus aux différentes échelles cliniques ont été comparés à l'aide de tests-T, d'une part entre le groupes d'adolescentes de la population générale et celui de la clinique, d'autre part entre le sous-groupe

d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale et les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère et suicidaires) de la population clinique. Les scores aux trois échelles des facteurs de risques (dépression, désespoir et événements de vie malheureux) et ceux des échelles de facteurs de protection (1) stratégies de coping : coping productif, coping non productif, référence aux autres ; 2) spiritualité : spiritualité et croyance, découverte de soi, philosophie de vie, respect d'autrui, score total de spiritualité ; 3) raisons de vivre : alliance familiale, peur du suicide, acceptation de soi et acceptation des pairs) ont ainsi été comparés. Étant donné le grand nombre de comparaisons de moyennes à effectuer, seuls les scores des trois grands styles de coping (productif, non productif et référence aux autres) de l'échelle de coping ont été retenus ici.

Une analyse de régression logistique a ensuite été employée pour identifier les facteurs de protection permettant le mieux de prédire l'absence/la présence (variable dichotomique) de conduites suicidaires sérieuses chez des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère). Les scores obtenus à l'échelles du style de coping productif, aux quatre sous-échelles de spiritualité (spiritualité et croyance, découverte de soi, philosophie de vie et respect d'autrui et de l'environnement) et aux cinq sous-échelles des raisons de vivre (alliance familiale, peur du suicide, acceptation de soi, acceptation et support des pairs et optimisme face au future) ont été entrés dans le modèle de régression logistique. Dans la présente étude, les variables indépendantes sont fortement corrélées et la méthode forward stepwise a été utilisée afin de limiter le nombre de variables indépendantes présentant simultanément dans un modèle. Le modèle obtenu ne contient que trois

variables indépendantes pour 54 sujets. De plus, plusieurs tests statistiques peuvent être utilisés pour déterminer si une variable est statistiquement significative. Le test de Wald est le plus simple mais il n'a pas été utilisé car il est moins fiable avec de petits échantillons. Cependant, les intervalles de confiance pour les ratios de cotes sont basés sur ce test car ce sont les seules disponibles.

Fait à noter, cette étude est exploratoire et l'échantillon est trop petit pour analyser les facteurs de protection au moyen de termes d'interaction dans un modèle de régression logistique. De ce fait, en utilisant des sous-groupes vulnérables les termes d'interactions ne sont plus nécessaires. Les facteurs de protection sont alors analysés comme étant des facteurs principaux. Ainsi, les effets sont plus importants et la puissance statistique s'en trouve améliorée.

Dans la présente recherche, un modèle initial a été construit en utilisant la méthode Forward et le test du rapport de vraisemblance inconditionnel. Les trois variables, retenues à cette première étape, ont été retestées dans un modèle final en utilisant le test du rapport de vraisemblance conditionnelle. Donc, la stratégie utilisée tient compte du ratio peu élevé entre le nombre de sujets et le nombre de variables. D'ailleurs, bien que légèrement différents, les résultats des tests inconditionnels et conditionnels produisent des conclusions identiques en ciblant les trois variables retenues. Cette convergence des conclusions confirme que le ratio "nb de sujets/nb de variables" n'a pas été un problème pour les analyses statistiques.

Résultats

Les analyses de Khi-carré confirment l'absence de différence significative entre les deux groupes quant aux caractéristiques sociodémographiques (Tableau 1).

Facteurs de risque (Objectif 1)

Le nombre d'adolescentes qui présentaient un niveau de dépression sévère (70 % contre 6,7%, [$\chi^2 (3) = 74,02$, $p < 0,0001$), un niveau de désespoir de modéré à sévère (73,3 % contre 12,5 % [$\chi^2 (1) = 47,79$, $p < 0,0001$) et qui avaient vécu au moins trois événements de vie malheureux (76,7 % contre 45,8 % [$\chi^2 (1) = 9,14$, $p < 0,002$) était significativement plus élevé chez les adolescentes de la population clinique que celles de la population générale.

Sans grande surprise, les scores moyens à l'échelle de dépression (34,8 contre 11,85, $t = 12,58$, $p < 0,001$), à l'échelle de désespoir (12,5 contre 4,0, $t = 9,89$, $p < 0,001$) et à l'échelle des événements de vie stressants malheureux (4,59 contre 2,76, $t = 4,56$, $p < 0,001$) différenciaient les groupes (Tableau 2).

Facteurs de protection (Objectif 1)

En parallèle, les adolescentes de la population clinique obtenaient des scores significativement plus faibles aux échelles de stratégies de coping de style productif (2,90 contre 3,75 ; $t = 7,58$, $p < 0,001$) et des scores significativement plus élevés à l'échelle de stratégies de style non productif (3,12 contre 2,49, $t = 5,44$, $p < 0,001$) que les adolescentes de la population générale (Tableau 3). Par contre, aucune différence significative n'a émergé entre les groupes quant au style de coping référence aux autres (Tableau 3). En outre, les filles de la population clinique ont obtenu des scores

moyens significativement moins élevés que celles de la population générale à toutes les sous-échelles de spiritualité et de raisons de vivre (voir le Tableau 3). Fait à noter au sujet du score total de spiritualité, le groupe clinique est divisé entre le niveau faible à modéré ($n = 15$) et très faible ($n=15$), alors que 95,9% des adolescentes de la population générale ($n=115$) présentaient un niveau de spiritualité faible à modéré; ($\chi^2 (3) = 56,60, p < 0,0001$).

Comparaisons entre le sous-groupe d'adolescentes de la population clinique vulnérables et le sous-groupe d'adolescentes de la population générale vulnérables pour les facteurs de protection (Objectif 2).

Le sous-groupe d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population clinique a obtenu un score moyen significativement plus faible au style de coping productif, à quatre des cinq sous-échelles de spiritualité et aux cinq sous-échelles des raisons de vivre que le sous-groupe d'adolescentes vulnérable (dépression de modérée à sévère) de la population générale (Tableau 4). Seule la sous-échelle « spiritualité et croyance » et le style de coping « référence aux autres » ne distinguaient pas les deux groupes. (Tableau 4). Le coping non-productif ne fait pas partie du présent tableau car, il n'est pas considéré comme étant un facteur de protection dans la présente étude.

Valeur de prédiction des facteurs de protection pour l'absence/présence de conduites suicidaires sérieuses (Objectif 3).

L'analyse de régression logistique démontre que trois éléments, parmi les facteurs de protection considérés dans l'étude, détiennent des valeurs de prédiction significatives pour l'absence de conduites suicidaires sérieuses chez les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère). Ainsi, les scores aux sous-échelles découverte de soi, peur du suicide et acceptation de soi ont une relation inverse avec

la probabilité d'avoir des conduites suicidaires (RC de 2,44, 2,33 et 3,12, respectivement, Tableau 5). Ainsi, plus les niveaux de découverte de soi (spiritualité), de peur du suicide (raisons de vivre) et d'acceptation de soi (raisons de vivre) sont élevés, les adolescentes présentent approximativement entre deux et trois fois moins de chances de présenter des conduites suicidaires sérieuses (Tableau 5). Aucun autre facteur de protection significatif n'a émergé de cette analyse.

Discussion

Les deux premiers objectifs de cette étude étaient de confirmer l'existence de différences entre des adolescentes ayant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur et des adolescentes de la population générale quant à la présence et l'intensité de trois facteurs de risque (dépression, désespoir et événements de vie malheureux) et trois facteurs de protection (stratégies de coping, spiritualité et raisons de vivre). Un autre but de l'étude était de vérifier si la présence et l'intensité des facteurs de protection discriminaient des adolescentes vulnérables (déprimées et suicidaires) d'une population clinique et des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale. De la sorte, il devenait envisageable de vérifier si la présence ou l'absence de ces facteurs de protection différenciait les jeunes vulnérables déprimés avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur, des jeunes vulnérables de la population générale. Enfin, le quatrième objectif de cette investigation était de déterminer la valeur de prédiction des facteurs de protection pour l'absence de conduites

suicidaires sérieuses auprès d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère).

Tel qu'attendu et conformément à de nombreuses études antérieures, les adolescentes de la population clinique présentaient un niveau significativement plus élevé de dépression (p.ex. Cole, 1989 ; Brent et coll., 1999; De Wilde, Kienhorst, Diekstra et Wolters, 1993), de désespoir (Asarnow et coll., 1987; Kazdin et coll., 1983; Rotheram-Borus et Trautman, 1988) et d'événements de vie malheureux (Brent et coll., 1994; Gould et coll., 1996; Philipps et coll., 2002) que les adolescentes de la population générale. Ces trois facteurs de risques représentent donc des éléments importants à considérer lors des évaluations psychologiques et des démarches préventives.

Quant aux facteurs de protection, les participantes de la population générale étaient portées à utiliser un coping de type productif face à des situations stressantes, comparativement aux participantes en clinique. Cette faible utilisation de stratégies d'adaptation efficaces pourrait refléter des déficits de résolution de problèmes et une certaine rigidité cognitive favorisant la pensée de type dichotomique « tout ou rien » (Wilson et coll., 1995). Chose certaine, ces résultats suggèrent que les adolescentes en clinique spécialisée éprouvent de la difficulté à générer des solutions alternatives aux conduites suicidaires. Dans ce cas, l'utilisation de stratégies d'adaptation efficaces telles que « travailler fort », « se centrer sur les aspects positifs d'une situation », « se détendre » et « faire de l'activité physique » devrait être encouragée (Lewis et Frydenberg, 2002). De futures études comprenant un nombre plus élevé de

participants présentant des conduites suicidaires pourront aider à déterminer l'efficacité relative de chacune de ces stratégies.

Par ailleurs, les adolescentes de la clinique spécialisées sur les troubles de l'humeur tendaient à adopter des stratégies de style non productif. Dans cette catégorie on pense notamment à l'utilisation de stratégies d'évitement (p.ex. s'inquiéter, avoir recours à la pensée magique, ne rien faire, réduire la tension et ignorer le problème). Ces résultats sont comparables à ceux retrouvés dans la littérature et supportent à nouveau toute forme d'intervention visant à les modifier (Bonner et Rich, 1987; Curry et coll., 1992, Spirito et coll., 1996, Votta et Manion, 2004, Gould et coll., 2004, Yang et Clum, 1994).

Aucune différence significative n'a émergé entre les groupes quant à la recherche d'aide externe (type de coping référence aux autres : recherche de soutien, recherche d'aide professionnelle, investir en amitié, entreprendre des actions sociales et avoir de l'aide spirituelle). Ce résultat est contraire aux conclusions de certaines études antérieures (Frydenberg et Lewis, 1991, 1993; Pronovost, Leclerc et Dumont, 2003; Seiffge-Krenke, 1995). Cette divergence peut refléter le fait que les études antérieures recrutaient majoritairement des participants issus de populations cliniques mais qui ne consultaient pas nécessairement pour des idées ou conduites suicidaires (p.ex. jeunes en Centre Jeunesse, adolescents en psychiatrie). Mais surtout, la référence aux autres était très peu utilisée dans la présente investigation, tant par le groupe d'adolescentes de la population générale que par le groupe d'adolescente présentant des conduites suicidaires, induisant un important effet plancher. Le recrutement d'un plus grand nombre de participantes contribuerait peut-être à faire

ressortir une différence, mais d'autres investigations ont également soulevé le fait que les jeunes de la population générale recherchent peu l'aide professionnelle (Biddle et coll., 2004; Plancherel et coll., 1993). Ce faible recours général à l'aide externe est préoccupant. Il suggère que les adolescentes, incluant celles de la population générale, utilisent peu leur réseau social ou le réseau professionnel de santé lorsqu'elles éprouvent des problèmes d'ordre psychologique. De futures études permettront de départager l'importance relative des différentes stratégies de type référence aux autres. Quant aux adolescentes présentant des conduites suicidaires, elles pourraient bénéficier particulièrement de ce type de stratégie, notamment d'aide professionnelle, étant donné leur faible utilisation de stratégies productives.

Les filles de la population générale présentaient ici un niveau de spiritualité significativement supérieur à celui des adolescentes ayant des conduites suicidaires, ce qui corrobore les études antérieures démontrant l'apport bénéfique de la spiritualité lors de situations de stress importantes (Cotton et coll., 2006; Ellison, 1991 ; Ellison et Levin, 1998 ; Ano et Vasconcelles, 2005 ; Weaver et coll., 2000). Le cas échéant, les adolescentes ayant des conduites suicidaires ne présentant que peu ou pas de spiritualité pourraient bénéficier d'une prise de contact avec leur univers spirituel pour trouver un sens à leur vie. De plus, ces résultats rappellent ceux de Ball et ses collaborateurs (2003), selon lesquels accorder une importance modérée à la religion/spiritualité contribue à un meilleur fonctionnement psychologique qu'une importance faible ou élevée. Ainsi, la spiritualité serait un bon facteur de protection lorsqu'elle est présente à un niveau modéré, ce qui a été observé ailleurs également (Ellison, 1998 ; Blaine et Croker, 1995 ; Donahue et Benson, 1995 ;

Gartner, 1996). Fait à noter, cette différence significative du niveau de spiritualité s'appliquait ici aux quatre sous-échelles de l'instrument (spiritualité et croyances; découverte de soi; philosophie de vie; et respect d'autrui et de l'environnement). Il ne s'agit donc pas uniquement d'une différence au plan des croyances en un Être supérieur.

Quant aux raisons de vivre, elles tenaient également une place significativement plus importante pour les adolescentes de la population générale que pour celles de la population clinique, tel que rapporté ailleurs également (Connell et Meyer, 1991 ; Pinto et coll., 1998 ; Gutierrez, 2000). Ceci suggère que des adolescentes de la population générale accordent une grande valeur à la vie en général. Ainsi, il serait avantageux d'évoquer aux adolescentes présentant des conduites suicidaires (et qui demande de l'aide dans les cliniques spécialisées) des motifs conscients pour les aider à affronter le désespoir dans lequel elles se trouvent. Fait important, le groupe d'adolescentes de la population générale accordait significativement plus d'importance à chacune des cinq sous-échelles de l'instrument (alliance familiale, peur du suicide, acceptation de soi, acceptation et support des pairs, optimisme face au futur) que le groupe d'adolescentes de la population clinique. Des recherches ultérieures permettront de cibler, s'il y a lieu, les raisons de vivre les plus discriminantes.

Comparaisons entre les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) en population clinique et les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale pour les facteurs de protection.

Le recrutement d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) ayant ou non des conduites suicidaires permet de vérifier si elles diffèrent sur le plan

des facteurs de protection. Ceci permet également de vérifier si une différence existe entre les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) et non vulnérables de la population générale. Fait intéressant, sensiblement les mêmes différences d'utilisation de facteurs de protection ont été trouvées entre les deux groupes d'adolescentes vulnérables qu'entre les adolescentes de la population clinique et les adolescentes de la population générale. Ainsi, le recours à du coping de style productif, un niveau de spiritualité plus élevé et une plus grande importance des raisons de vivre caractérisaient les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale par rapport aux adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) avec des conduites suicidaires en provenances de la clinique spécialisées.

De plus, ces deux groupes n'étaient pas portés à rechercher de l'aide externe. Ceci suggère premièrement que malgré la présence d'éléments dépressifs, les adolescentes de la population générale sont en mesure d'utiliser des stratégies adéquates pour surmonter des situations difficiles, ce qui rappelle les résultats obtenus par Curry et ces collègues (1992). Il importe donc d'être attentif au style de coping et particulièrement à la présence du coping productif avec des adolescentes ayant des conduites suicidaires et demandant de l'aide dans des cliniques spécialisées, car elles semblent posséder un répertoire plus restreint de stratégies efficaces que des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale. Ceci suggère deuxièmement que malgré un certain niveau de dépression, les adolescentes de la population générale qui deviennent vulnérables accordent une certaine place à l'aspect spirituel dans leur vie, en particulier pour les

domaines « découverte de soi », « philosophie de vie » et « respect d'autrui et de l'environnement. Fait à noter, ces domaines réfèrent à des aspects de la spiritualité axés davantage sur un style de vie que sur des croyances en un Être supérieur. Il semble dès lors important d'aider les adolescentes présentant des conduites suicidaires et référées dans des cliniques spécialisées à développer un niveau de spiritualité général en mettant l'accent sur l'apprentissage de la découverte de soi et l'application d'un mode de vie sain en accord avec elles-mêmes et l'environnement.

Troisièmement, les différences entre les groupes quant aux raisons de vivre suggèrent que pour les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale, il importe de vivre malgré des difficultés les rendant vulnérables. Elles démontrent qu'il n'y a pas une, mais plusieurs raisons de vivre. Ainsi, il serait bénéfique pour les adolescentes ayant des conduites suicidaires, suivi dans des cliniques spécialisées, avec l'aide d'un professionnel, de trouver des raisons de vivre qui les interpellent en fonction de leurs valeurs et de leurs croyances. À noter que cette différence s'appliquait aux cinq sous-échelles, soit l'alliance familiale, la peur du suicide, l'acceptation de soi, l'acceptation et le support des pairs et optimisme face au futur. Les raisons de vivre, utilisées par les adolescentes ayant des conduites suicidaires en provenance de la clinique spécialisée, sont non seulement plus négatives (crainte de la désapprobation sociale, peiner ses proches et peur des conséquences d'un suicide raté), mais elles sont également plus difficiles à promouvoir ou à développer en thérapie. En effet, la désapprobation sociale face aux conduites suicidaires réfère surtout aux moyens utilisés pour commettre le geste et leurs effets sur l'entourage. Le fait de transgresser un interdit fondamental est

également en cause. Il est difficilement envisageable de promouvoir uniquement la désapprobation sociale et la peur du geste suicidaire (p. ex. la crainte de souffrir, la peur d'échouer et demeurer handicapé ou souffrant, la peur de la mort, la peur de l'inconnu). Il y a donc plusieurs domaines susceptibles d'être abordés auprès de cette population et beaucoup de travail est à effectuer sur le plan des raisons de vivre positives.

Les deux groupes d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) se référaient très peu à l'extérieur pour obtenir de l'aide. Spirito, Overholser et Stark (1989) avaient également suggéré que la recherche de soutien social ne diffère pas entre les adolescents suicidaires et ceux qui vivent ou non de la détresse psychologique. Bien que l'absence de différence entre les groupes ici risque de refléter un effet plancher général (peu de référence aux autres de la part de l'ensemble des participantes ; ceci peut également refléter des différences culturelles et institutionnelles par rapport aux études antérieures non québécoises), elle correspond aux résultats de Gould et coll., (2004) qui rapportaient que les adolescents suicidaires ou dépressifs utilisent rarement les stratégies impliquant des demandes d'aide. Ceci laisse supposer que certains adolescents suicidaires croient être en mesure de régler leurs problèmes sans aide extérieure et les adolescents dépressifs considèrent qu'ils doivent garder leurs sentiments de détresse pour eux. Il est étonnant que les deux groupes d'adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) ne démontrent pas de volonté à la recherche de soutien social par la demande d'aide. La valorisation de ce style de coping auprès d'une population

d'adolescentes à risque pourrait être bénéfique et devra faire l'objet de valorisation, tant au plan de l'intervention personnelle qu'institutionnelle (à l'école).

La capacité prédictive des facteurs de protection face à l'absence/présence de conduites suicidaires sérieuses chez les adolescentes.

Le but ultime de la présente recherche était de vérifier l'effet de protection de trois principaux facteurs (coping, spiritualité et raisons de vivre) contre les conduites suicidaires sérieuses auprès des adolescentes. Deux de ces facteurs de protection semblent contrer les conduites suicidaires : la spiritualité et les raisons de vivre. Plus particulièrement, les sous-échelles « découverte de soi », « peur du suicide » et « acceptation de soi » sont ressorties comme facteurs de protection significatifs contre les conduites suicidaires auprès des adolescentes.

L'influence statistique de ces trois sphères permet quelques suppositions au plan de l'intervention et de la prévention psychologique. Premièrement, il apparaît qu'à l'adolescence, pour affronter les émotions difficiles ou pour donner un sens à sa vie, lors d'événements stressants, les adolescentes optent pour des activités qui aident la compréhension de leurs comportements et leurs émotions, en particulier s'ils sont stagnants et destructifs, pour y mettre fin. Ainsi, elles peuvent atteindre une plus grande tranquillité d'esprit et davantage s'ouvrir aux autres et au monde qui les entoure. Il importe, pour les professionnels de la santé, de porter une attention particulière et de valoriser les bienfaits de la spiritualité et de la découverte de soi. Les croyances personnelles peuvent s'avérer un puissant outil dans leur travail en psychothérapie.

La variable raisons de vivre suggère quant à elle que la sous-échelle « peur du suicide » représente un facteur de protection contre les conduites suicidaires auprès des adolescentes. L'une des rares études sur le concept de la mort chez les adolescents suicidaires a été effectuée par Gothelf et ses collaborateurs (1998). Leurs résultats démontrent que les adolescents suicidaires évaluent davantage la mort comme étant un état agréable (*pleasant state*) que les adolescents non suicidaires. Orbach et coll., (1993) ont démontré que la peur de mourir était négativement corrélée avec le suicide dans la population générale et positivement corrélée chez les adolescents suicidaires. Ceci suggère que la peur de mourir est un processus et une expérience différente chez les adolescents suicidaires et les non-suicidaires, ce qui peut faciliter ou inhiber les comportements suicidaires. Ces résultats suggèrent qu'une exploration du sens de la mort par suicide serait utile et importante pour faciliter la compréhension du phénomène suicidaire chez les adolescents.

Finalement, la présence significative de la sous-échelle « acceptation de soi » suggère de promouvoir l'importance de s'approprier et d'accepter ses pensées, ses émotions, ses opinions et ses actions, sans s'en échapper, ni les nier ou les dénigrer. Il semble exister un lien entre l'image que les adolescentes se font de leur propre valeur et la confiance qu'elles ont en leurs habiletés. L'acceptation de soi apparaît possiblement jouer un rôle important dans le bien-être émotionnel, moral et physique d'une personne. La conscience que les adolescentes ont de leur propre valeur influe probablement de manière significative sur leurs rapports avec autrui, sur la confiance en leur capacité de poursuivre des buts et de les atteindre, ou encore sur leur capacité de résister aux pressions négatives qui mènent à des comportements malsains tels

que les conduites suicidaires. Il faut donc faire de l'acceptation de soi un apprentissage conscient : il convient d'apprendre aux adolescentes à faire le point sur qui elles sont, à apprécier ce qu'il y a de positif en chacune d'elles, à reconnaître la richesse qui existe dans la diversité et à être fières de leur identité.

Retombées potentielles et limites de l'étude

En somme, les résultats de cette étude démontrent que l'utilisation de coping productif, de la spiritualité et la présence de raisons de vivre différencient des adolescentes dans la population générale des adolescentes présentant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur de la région de Montréal. Les mêmes différences, à peu de choses près, s'appliquent lorsque les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale sont comparées aux adolescentes avec des conduites suicidaires (dépression de modérée à sévère) en provenance d'une clinique. Le fait de retrouver des différences significatives en comparant ces deux sous-groupes similaires démontre la sensibilité des ses variables. Il s'agit donc de viser à réduire ces différences. Les stratégies employées par des adolescentes de la population générale devraient être enseignées et encouragées au sein des populations dans le cadre de l'intervention. Fait surprenant et interpellant, l'ensemble des participantes à cette étude négligeaient de recourir à de l'aide extérieur, même en présence d'événements malheureux ou autres facteurs de risque. Ce résultat indique l'importance de promouvoir les possibilités d'obtenir de l'aide et du support professionnels et d'y référer des adolescentes, et ce, en tout temps.

Finalement, les résultats de cette étude suggèrent que trois facteurs de protection particuliers ont une bonne valeur de prédiction de l'absence de conduites suicidaires sérieuses: la découverte de soi, la peur du suicide et l'acceptation de soi. Sans nécessairement inculquer la peur du suicide aux jeunes, il semble pertinent de promouvoir ces facteurs, en particulier la connaissance et l'acceptation de soi.

L'originalité de la présente recherche tient en premier lieu au fait qu'elle considère un regroupement de trois facteurs de protection associés aux conduites suicidaires qui n'avaient pas fait ensemble l'objet d'étude auparavant. Ces facteurs ont servi à comparer des adolescentes de la population générale à des adolescentes présentant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur, ce qui n'était pas toujours effectué dans les études antérieures. De plus, un élément intéressant de la présente recherche est la sélection d'un échantillon exclusivement féminin, ce qui permet d'augmenter la spécificité des résultats et, par le fait même, de proposer des pistes d'intervention plus ciblées. En outre, tous les instruments de mesure utilisés ont été traduits et validés, dont certains auprès d'adolescents québécois ($n=283$) et ce, par le Service de recherche de l'Hôpital Rivière-des-Prairies. Un autre aspect intéressant de cette recherche est la formation d'un sous-groupe d'adolescentes vulnérables (déprimées vs déprimées suicidaires), qui permet de suggérer des caractéristiques spécifiques selon la présence ou non de conduites suicidaires. Ces données permettront d'offrir aux cliniciens quelques pistes d'intervention un peu plus efficace auprès des adolescentes vulnérables selon qu'elles proviennent de la population générale ou d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur. La formation d'un sous-groupe vulnérable a

permis de soulever certaines variables sensibles dans le domaine des facteurs de protection auprès des adolescentes de la présente étude.

En contrepartie, certains facteurs limitent les conclusions de cette recherche. D'abord, le taux de participations dans les écoles secondaires a été très faible (6,5 %) et ceci est probablement dû au fait que chaque adolescent, pour des raisons déontologiques, devait faire signer le formulaire de consentement par un des parents et le retourner à l'école et ce, malgré le fait qu'ils avaient tous 14 ans et plus. Néanmoins, 486 élèves ont retourné leur coupon dont 344 avait inscrit une réponse positive. Ainsi, les adolescents qui n'ont pas participé à l'étude ne sont pas nécessairement des refus. Il est possible que les parents ou les adolescentes qui ont répondu positivement présentent des caractéristiques particulières comparativement à ceux qui ont refusé d'y participer. Nous ne pouvons donc généraliser les résultats à l'ensemble de la population d'adolescentes, ce qui n'était pas le but de la présente étude. La taille de l'échantillon est également une limite de l'étude. Les ressources financières disponibles pour la réalisation de ce projet, la spécificité de la problématique du suicide et les critères de composition des groupes, notamment pour le groupe clinique, expliquent la taille de l'échantillon. Bien que la généralisation des résultats doit être limitée, ils proposent des pistes de recherche intéressantes, incluant des pistes d'intervention. Le recrutement d'un plus grand nombre de participantes aurait ajouté à la puissance des analyses et permis de dégager des constats plus spécifiques en ce qui concerne les facteurs de protection et les conduites suicidaires. Par contre, malgré la faible puissance statistique, des résultats significatifs ont émergé du lot, ce qui laisse croire que ces résultats ont une grande importance. Un

plus grand nombre de participants aurait également permis d'effectuer des comparaisons par d'autres moyens statistiques que le Tests-t, ce qui représente également une limite de l'étude. Il serait donc pertinent que d'autres recherches soient poursuivies afin de mieux approfondir le volet des facteurs de protection notamment dans le but de mettre en place des programmes d'intervention et de prévention auprès des adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) avec des conduites suicidaires.

Références

Angold, A., & Costello, E. J. (2001). The epidemiology of depression in children and adolescents. Dans: I Goodyer (Ed.) *The Depressed Child and Adolescent, Second Edition*. Cambridge: Cambridge University Press, 143-178.

Angold, A., Erkanli, A., Silberg, J., Eaves, L., & Costello, E. J. (2002). Depression scale scores in 8-17-year-olds: effects of age and gender. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(8), 1052-63.

Ano, G.G., & Vasconcellos, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.

Asarnow, J. R, Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 361-6.

Ball, J., Armistead, L., & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*. 26, 431-446.

Baron, P., Joubert, N., & Mercier, P. (1991). Situations stressantes et symptomatologie dépressive chez les adolescents. *Revue Européenne De Psychologie Appliquée*, 41(3), 173-180.

Beck, A.T., & Steer, R.A. (1988). *Manual for the Beck Hopelessness Scale*. San Antonio, Psychological Corporation.

Beck, A.T., Steer, R., & Brown, G.K. (1996). *Manual of the BDI-II*. San Antonio. The Psychological Corporation.

Beck, A.T., Weissman, A., Lester, D., & Trexler, L. (1974). The measurement of pessimism: the hopelessness scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 42(6), 861-5.

Becker, D.F., & Grilo, C.M. (2007). Prediction of suicidality and violence in hospitalized adolescents: comparisons by sex. *Canadian Journal of Psychiatry*. 52(9), 572-80.

Berger, S. (1998). *Résolution de problèmes déficitaire, désespoir et idéations suicidaires*, Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.

Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. 2^e édition, American Psychological Association, Washington, DC, 455 p.

Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey, *British Journal of General Practice*, 54(501), 248-53.

Blaine, B., & Croker, J. (1995). Religiousness, race, psychological well-being: Exploring social psychology mediators. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1031-1041.

Blum, R. W., Harmon, B., Harris, L., Bergeisen, L., & Resnick, M. D. (1992). American Indian-Alaska Native youth health. *Journal of the American Medical Association*, 25(12), 1637-1644.

Blumenthal, S. J., & Kupfer, D. J. (1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 487, 327-40.

Bolognini, M., Plancherel, B., Nûnez R., & Bettschart, W. (1994). *La préadolescence. Théorie, recherche et clinique*. Paris : ESF.

Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a predictive model of suicidal ideation and behavior: some preliminary data in college students. *Suicide & life-threatening behavior*, 17(1), 50-63.

Borowsky, I. W., Resnick, M. D., Ireland, M., & Blum, R. W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 153-168.

Brent, D. A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta. (1999). Age- and-sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.

Brent, D. A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080-6.

Breton, J.J., Labelle, R., & Dufresne, M.J. (2000, October). *Cognitive predictors of serious suicidal ideation in adolescents*. Affiche présentée au 47th Annual Meeting of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, New York, United States.

Breton, J.J., Labelle, R., & Royer, C. (2008, Mars). *Facteurs de protection, sexe et conduites suicidaires à l'adolescence*. Rapport final de recherche no. 79775, IRSC, 30 p.

Browning, W., & Harris, T. (1978). *Social Origins of Depression A: Study of Psychiatric Disorder in Women*, New York: Free Press.

Center for Disease Control and Prevention. (1991). *Rates of Homicide, Suicide, and Firearm-Related Death Among Children 26 Industrialized Countries*. Juin 2007, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview.htm>

Chan, D. W. (1995). Depressive Symptoms and Coping Strategies among Chinese Adolescents in Hong Kong. *Journal of Youth and Adolescence*, 24(3), 267-279.

Chagnon, F. (2000). *Les événements stressants, les mécanismes d'adaptation et le suicide chez les adolescents en centre de réadaptation*. Thèse doctorale, Université du Québec à Montréal.

Chapman, T. R., & Grosseohme, D. H. (2002). Adolescent patient and nurse referrals for pastoral care: A comparison of psychiatric vs. medical-surgical populations. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 15(3), 118-123.

Cole, D. A. (1989). Psychopathology of Adolescent Suicide Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 248-255.

Cole, D. A., Tram, J. M., Martin, J. M., Hoffman, K., Ruiz, M. D., Jacquez, F. M., & Maschman, T. L. (2002). Individual differences in the emergence of depressive symptoms in children and adolescents: a longitudinal investigation of parent and child reports. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(1), 156-65.

Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V. L., & Worsham, N. (1991). Perceived Control and Coping with Stress: A Developmental Perspective. *Journal of Social Issues*, 47(4), 23-34.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Thomsen, A. H., & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 127(1), 87-127.

Connell, D. K., & Meyer, R. G. (1991). The Reasons for Living Inventory and college population: Adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 13-27.

Copeland, E. P., & Hess, R. S. (1995). Differences in Young Adolescents' Coping Strategies Based on Gender Ethnicity. *Journal of Early Adolescence*, 15(2), 203-219.

Côté, L., Pronovost, J., & Ross, C. P. (1990). Étude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire. *Santé Mentale au Québec*, 15, 29-45.

Cotton, S., Zebracki K., & Rosenthal, S. L. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review. *Journal of Adolescent Health*, 38, 472–480.

Cottraux J., Bouvard M. & P. Legeron. (1985). Méthodes et échelles d'évaluation des comportements. *Editions d'applications psychotechniques*. Issy-les-Moulineaux. 286 p.

Coyle, J. (2002). Spirituality and Health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of advanced Nursing*, 37 (6), 589-597.

Curry, J. F., Miller, Y., Waugh, S., & Anderson, W. B. (1992). Coping Responses in Depressed, Socially Maladjusted, and Suicidal Adolescents. *Psychological Reports*, 71, 80-82.

Cyranowski, J. M., Frank, E., Young, E., & Shear, M. K. (2000). Adolescent onset of the gender difference in lifetime rates of major depression: a theoretical model. *Archives of General Psychiatry*. 57(1), 21-7.

Davies, P. T., & Windle, M. (1997). Gender-specific pathways between maternal depressive symptoms, family discord, and adolescent adjustment. *Developmental Psychology*. 33(4), 657-68.

Davis, T. L, Kerr, B. A. & Kurpius, S. E. R., (2003). Meaning, purpose, and religiosity in at-risk youth the relationship between anxiety and spirituality, *Journal of Psychology and Theology*. 31 (4), 356–365.

Delaney, C. (2005). The Spirituality Scale. Development and psychometric testing of a holistic instrument to assess the human spiritual dimension. *Journal of Holistic Nursing*, 23(2), 145-167.

De Wilde, E. J., Kienhorst, I. C., Diekstra, R. F., & Wolters, W. H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of American Academy Child and Adolescent psychiatry*, 32(1), 51-9.

Donahue, M. J. & Benson, P. L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145-160.

Dozois, D. J., Dobson, K. S. & Ahnberg, J. L. (1998). A psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II. *Psychological Assessment*, 10, 83–89.

Dumont, M., & Provost, M. (1999). The Protective Role of Social Support, Coping Strategies, Self-Esteem, and Social Activities for Adolescents' Level of Stress and Depression. *Journal of Youth and Adolescence*, 28 (3), 343-363.

Dumont, M. (2001). Les stratégies adaptatives. Dans M. Dumont et B. Plancherel (Dir.), *Stress et adaptation chez l'enfant* (p.53-68). Sainte-Foy : Presses de l'Université du Québec.

Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183-1188.

Ellison, C. G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.

Ellison, C. G., & Levin, J. S. (1998). The religion-health connection: evidence, theory, and future directions. *Health Education & Behavior*, 25, 700-720.

Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescents coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.

Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.

Gauthier, M. (1997). Le défi des choix dans un contexte d'incertitude, dans Madeleine Gauthier et Léon Bernier (1997), *Les 15-19 ans. Quel présent? Vers quel avenir?*, Québec, PUL/IQRC, 25-37.

Gartner, J. (1996). *Religious commitment, mental health, and prosocial behavior: A review of the empirical literature*. Dans E.P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 187-214). Washington, DC: American Psychological Association.

Garton, A. F., & Pratt, C., (1995). Stress and self concept in 10- to 15-year old school students, *Journal of Adolescence*, 18, 625-640.

Gothelf, D., Apter, A., Brand-Gothelf, A., Offer, N., Ofek, H., Tyano, S., & Pfeffer, C.R. (1998). Death concepts in suicidal adolescents. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37(12), 1279-86.

Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-62.

Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J.G., & Chung, M. (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *Journal of American Academy Child and Adolescent psychiatry*, 43(9), 1124-1133.

Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (1995). The Antecedents of Menarcheal Age: Heredity, Family Environment, and Stressful Life Events. *Child Development* 66, 2, 346-359.

Greening L, & Stoppelbein, L. (2002). Religiosity, attributional style, and social support as psychosocial buffers for African American and white adolescents' perceived risk for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 404-417.

Gutierrez, P. M., Osman, A., Kopper, B. A., & Barrios, F. X. (2000). Why Young People Do Not Kill Themselves: The Reasons for Living Inventory for Adolescents. *Journal of Clinical Child Psychology*, 29(2), 177-187.

Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveltd-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 504-10.

King, P. E. & Furrow, J. L. (2004). Religion as a Resource for Positive Youth Development: Religion, Social Capital, and Moral Outcomes. *Developmental Psychology*, 40 (5) 703-713.

Kraemer, H.C., Stice, E, Kazdin, A., Offord, D., & Kupler D. (2001). How do risk factors work together? Mediators, moderators and independent, overlapping and proxy risk factors, *American Journal of Psychiatry*, 158, 848-856.

Lazarus, S.R., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lerner, R. M., & Steinberg, L. D. (2004). *Handbook of Adolescent Psychology*, New Jersey, 852 pages.

Lewis, R. & Frydenberg, E. (2002). Concomitants of failure to cope: What we should teach adolescents about coping. *British Journal of Educational Psychology*, 72, 419 – 431.

Marttunen, M. J., Aro, H. M., Henriksson, M. M., & Lönnqvist, J. K. (1991). Mental disorders in adolescent suicide: DSM-III-R axes I and II diagnoses in suicide among 13 to 19 years olds in Finland. *Archives of General Psychiatry*, 48, 834-839

McGee, R., Feehan, M., Williams, S., & Anderson, J. (1992). DSM-III disorders from age 11 to 15 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31, 50-59.

McIntosh, J. L. (2000). Epidemiology of adolescent suicide in the United States. Dans R.W. Marris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M. M. Silverman (Éds), *Review of Suicidology*, 2000 (pp.3-33). New York: The Guilford Press.

Meehan, P. J., Lamb, J. A., Saltzman, L. E., & O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1), 41-4.

Miotto, P., & Preti, A. (2007). Suicide ideation and social desirability among school-aged young people. *Journal of Adolescent*. 12,1-15.

Newcomb, M. D., Huba, G. J., & Bentler, P. M. (1981). A multidimensional assessment of stressful life events among adolescents: Derivation and correlates. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 400-415

Orbach, I., Kedem, P., Gorchover, O., Apter, A., & Tyano, S. (1993). Fears of death in suicidal and nonsuicidal adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 553-8.

Organisation Mondiale de la Santé (2004). Le suicide: Un problème de santé publique énorme mais évitable. Récupéré le septembre 2007, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/index.html>.

Osman, A., Downs, W. R., Kopper, B. A., Barrios, F. X., Baker, M. T., Osman, Y. R., Besset, T. M., & Lineham, M. M. (1998). The reasons for living inventory for adolescents (RFL-A). Development and psychometrics properties. *Journal of Clinical Psychology*, 54(8), 1063-1078.

Pearce, M. J., Little, T. D & Perez, J.E. (2003) Religiousness and depressive symptoms among adolescents, *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 32 (2), 267-276.

Phillips, B. M., Lonigan, C. J., Driscoll, K., & Hooe, E. S. (2002) Positive and negative affectivity in children: A multitrait-multimethod investigation. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31 (4), 465-479.

Pinto, A., Whisman, M. A., & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 397-405.

Piotrowski C. (1996). Use of the Beck Depression Inventory in clinical practice. *Psychological Report*, 79 (3), 873-4.

Plancherel, B., Bolognini, M., & Nunez, R. (1993). Comment les pré-adolescents font-ils face Aux difficultés ? Présentation d'une version française du A-Cope. *Futur psychologie*, 52(1), 31-43.

Pronovost, J., Leclerc, D., & Dumont, M. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 179-199.

Puskar, K., Hoover, C., & Miewald, C. (1992). Suicidal and nonsuicidal coping methods of adolescents. *Perspectives in Psychiatric Care*, 28(2), 15-20.

Regnerus, M., Smith, C., & Fristch, M. (2003). *Religion in the lives of American adolescents: A review of the literature*. Chapel Hill, NC: The University of North Carolina at Chapel Hill, National Study of Youth and Religion.

Rew, L., Thomas, N. & Horner, S.D. (2001). Correlates of recent suicide attempts in a triethnic group of adolescents, *Journal of Nursing Scholarship*, 33, (4), 361-367.

Rolf, J., Masten, A.S., Cicchetti, D., Nuechterlein, K.H., & Weintraub, S. (1990). *Risk and protective factors in the development of psychopathology*. New York, N.Y: Cambridge University Press.

Rotheram-Borus, M. J., & Trautman, P. D. (1988) Hopelessness, depression, and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*. 27 (6), 700-4.

Schraedley, P. K., Gotlib, I. H., & Hayward, C. (1999). Gender differences in correlates of depressive symptoms in adolescents. *Journal of adolescent health*, 25(2), 98-108.

Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.

Shaffer, D., Gould, M. S., Fisher, P., Trautman, P., Moreau, D., Kleinman, M., & Flory, M. (1996). Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53, 339-348.

Spirito, A., Overholser, J., & Stark, L. J. (1989). Common Problems and Coping Strategies II: Findings with Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(2), 213-221.

Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts, *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 147-155.

Steer, R. A., & Beck, A. T. (2000). The Beck Depression Inventory-II. In W. E. Craighead & C. B. Nemeroff (Eds.), *The Corsini encyclopedia of psychology and behavioral science* (3rd ed., Vol. 1, pp. 178- 179). NY: Wiley.

St-Laurent, D. & Gagné, M. (2008). *La mortalité par suicide au Québec : tendances et données récentes – 1981 à 2007*. Institut national de santé publique du Québec, 20 pages.

Stoelb M, Chiriboga J. (1998) A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Youth and Adolescence*, 21(4):359-70.

Tubman, J. G., & Windle, M. (1995). Continuity of difficult temperament in adolescence: Relations with depression, life events, family support, and substance use across a one-year period. *Journal of Youth and Adolescence*, 24, 133-154.

Valla, J. P., Breton, J. J., Bergeron, L., Gaudet, N., Berthiaume, C., Saint-Georges, M., Daveluy, C., Tremblay, V., Lambert, J., Houde, L., & Lépine, S. (1994). *Enquête québécoise sur la santé mentale des jeunes de 6 à 14 ans 1992. Rapport de synthèse*, Hôpital Rivière-des-Prairies et Santé Québec, en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services Sociaux, Gouvernement du Québec.

Votta, E., & Manion, I. (2004). Suicide, High-risk Behaviors, and Coping Style in Homeless Adolescent Males' adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, 237-243.

Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2):246-98. Review.

Wagner, B. M., Silverman, M. A. C., & Martin, C. E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46, 1171-1191.

Weaver, A. J, Samford, J. A., Morgan, V., Lichton, A. I., Larson, D. B., & Garbarino, J. (2000). Research on religious variables in five major adolescent research journals: 1992 to 1996. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 188, 36-44.

Wilson, K. G., Stelzer, J., Bergman, J. N., Kral, M.L., Inayatullah, M., & Elliot, C.A. (1995). Problem solving, stress, and coping in adolescent suicide attempts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25 (2), 241-251.

Wright, L. S., Frost, C.J ., & Wisecarver, S. J. (1994). Church attendance, meaningfulness of religion, and depressive symptomatology among adolescents, *Journal of Youth and Adolescence*, 22 (5), 559-568.

Yang, B., & Clum, G.A. (1994). Life stress, social support and problem-solving skills Predictive of depression symptoms, hopeless, and suicide ideation in an Asian student population: A test of model. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 24(2), 127-139.

Tableau 1
Comparaisons sociodémographiques entre des adolescentes ayant des conduites suicidaires de la population clinique et des adolescentes de la population générale

	Adolescentes de la population clinique (n=30)		Adolescentes de la population générale (n=120)			
Variables	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	χ^2	
Age						
14-15	11	36,7	59	49,2	1,51	ns
16-17	19	63,3	61	50,8		
Niveau de scolarité						
Sec. II-III	14	46,7	39	32,5	2,11	ns
Sec. IV-V	16	53,3	81	67,5		
Moyenne académique						
50%-70%	11	36,7	34	28,3	0,83	ns
70%-80%	8	26,7	34	28,3		
80% et plus	11	36,7	52	43,3		
Niveau de scolarité du père						
	5	38,5	35	38,9	2,84	ns
Sec. V ou moins	7	53,8	31	34,4		
DEC	1	7,7	24	26,7		
BAC ou plus						
Niveau de scolarité de la mère						
Sec. V ou moins	7	35,0	34	33,3	0,38	ns
DEC	9	45,0	41	40,2		
BAC ou plus	4	20,0	27	26,5		

DEC, diplôme d'étude collégiale

BAC, baccalauréat

Tableau 2

Comparaisons entre les scores moyens et les écarts-types, obtenus aux échelles de facteurs de risque chez des adolescentes ayant des conduites suicidaires de la population clinique et des adolescentes de la population générale

Variables	Adolescentes de la population clinique (n=30)		Adolescentes de la population générale (n=120)		t
	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	
Dépression	34,8	9,18	11,85	8,88	12,58 ***
Désespoir	12,5	5,39	4,0	3,86	9,89 ***
Événements de vie malheureux	4,59	2,17	2,76	1,14	4,56 ***

*** $p < .001$

Tableau 3

Comparaisons entre les scores moyens et les écarts-types, obtenus aux échelles de facteurs de protection chez les adolescentes ayant des conduites suicidaires de la population clinique et les adolescents de la population générale

	Adolescentes de la population clinique (n=30)		Adolescentes de la population générale (n=120)		
Variables	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>
Style de coping					
Coping productif	2,90	0,66	3,75	0,51	7,58 ***
Coping non productif	3,12	0,57	2,49	0,57	5,44 ***
Référence aux autres	2,39	0,54	2,53	0,54	1,33, ns
Spiritualité					
Spiritualité et croyance	16,27	10,79	22,04	9,17	2,98 **
Découverte de soi	16,73	4,90	24,33	3,57	7,98 ***
Philosophie de vie	14,57	6,12	19,18	4,53	3,87 ***
Respect d'autrui et de l'environnement	18,27	4,13	20,71	2,71	3,08 **
Score total de spiritualité	65,83	19,04	86,26	14,63	5,49 ***
Raisons de vivre					
Alliance familiale	3,32	1,45	4,98	0,97	5,90 ***
Peur du suicide	2,56	1,51	4,40	1,37	6,45 ***
Acceptation de soi	2,80	1,62	5,09	0,81	7,49 ***
Acceptation et support des pairs	3,57	1,33	4,98	0,85	5,55 ***
Optimisme face au futur	3,22	1,04	5,14	0,65	4,92 ***
Score total des raisons de vivre	3,22	1,04	4,92	0,67	8,53 ***

** $p < .01$, *** $p < .001$

Tableau 4

Comparaisons entre les scores moyens et les écarts-types, obtenus aux échelles de facteurs de protection chez les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère et suicidaires) de la population clinique et les adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale

	Adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère et suicidaires) de la population clinique (n=29)		Adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale (n=25)		
Variables	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>M</i>	<i>ET</i>	<i>t</i>
Styles de coping					
Coping productif	2,96	0,60	3,36	0,59	2,50 **
Référence aux autres	2,40	0,54	2,32	0,66	0,53 n.s
Spiritualité					
Spiritualité et croyance	16,55	10,87	21,64	11,89	1,64, ns
Découverte de soi	16,59	4,92	20,68	3,73	3,40 ***
Philosophie de vie	14,83	6,06	19,08	4,88	2,86 **
Respect d'autrui et de l'environnement	18,24	4,20	21,04	2,76	2,93 **
Score total de spiritualité	66,21	19,26	82,44	18,16	3,17 **

	Adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère et suicidaires) de la population clinique (n=29)		Adolescentes vulnérables (dépression de modérée à sévère) de la population générale (n=25)		
Variables	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>M</i>	<i>ÉT</i>	<i>t</i>
Raisons de vivre					
Alliance familiale	3,25	1,43	4,12	1,17	2,43 *
Peur du suicide	2,47	1,47	3,71	1,40	3,13 **
Acceptation de soi	2,72	1,60	4,31	0,83	4,66 ***
Acceptation et support des pairs	3,53	1,33	4,35	1,06	2,45 *
Optimisme face au futur	3,73	1,52	4,70	0,69	3,10 **
Score total des raisons de vivre	3,16	1,01	4,25	0,64	4,77 ***
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$					

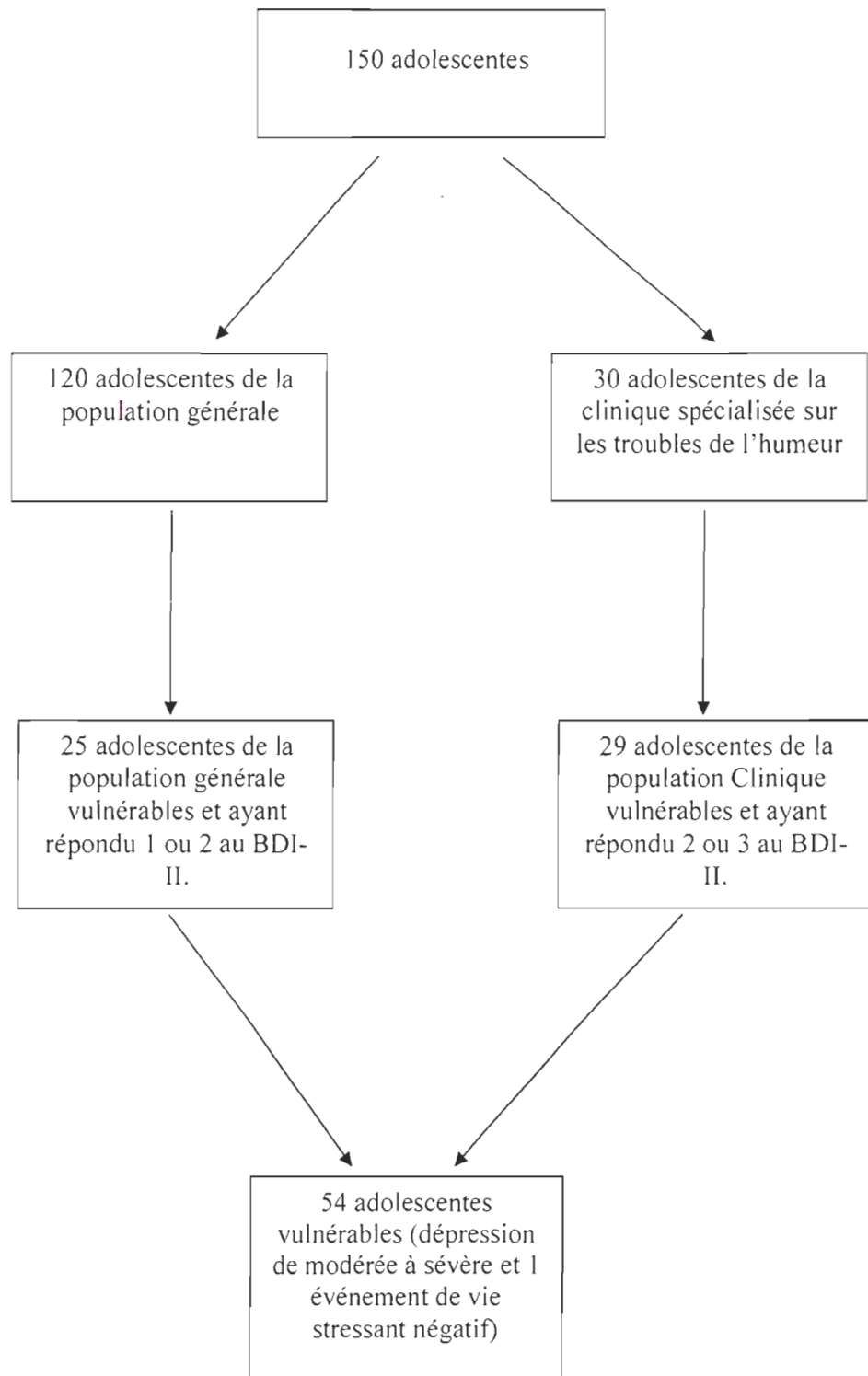
Tableau 5
Analyse de régression logistique pour prédire l'absence de comportements suicidaires sérieux chez les adolescentes déprimées

Facteur de protection	RC ⁽¹⁾	IC(95%) ⁽²⁾	p ⁽³⁾
Découverte de soi (Spiritualité)			
-score faible vs score moyen ⁽⁴⁾	2,44	[1,05; 5,64]	,023*
Peur du suicide (Raisons de vivre)			
-score faible vs score moyen ⁽⁴⁾	2,33	[1,02; 5,33]	,029*
Acceptation de soi (Raisons de vivre)			
-score faible vs score moyen ⁽⁴⁾	3,12	[1,45; 6,72]	,001***

* p < .05, *** p < .001

1. Le ratio de cotes équivaut approximativement à l'augmentation du risque.
2. L'intervalle de confiance à 95% indique la précision de l'estimation du ratio de cotes.
3. La probabilité observée, test du rapport de vraisemblance conditionnel
4. Un score faible se situe à un écart-type sous la moyenne

Figure 1 Formation des différents groupes de la population



Discussion générale

Cette étude avait comme objectif premier de confirmer, auprès d'adolescentes, la présence plus importante de dépression, de désespoir et d'événements de vie stressants (facteurs de risque) parmi des adolescentes ayant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur comparativement à des adolescentes de la population générale. Le deuxième objectif visait à déterminer si ces deux groupes d'adolescentes différaient également au plan de la présence et de l'intensité de trois facteurs de protection, à savoir le type de stratégies de coping, le niveau de spiritualité et le nombre de raisons de vivre. De plus, cette recherche visait à vérifier si la présence et l'intensité de ces facteurs de protection différaient entre des adolescentes de la population générale considérées vulnérables (présence d'éléments dépressifs) et celles recrutées à la clinique spécialisée (présence d'éléments dépressifs et suicidaires), afin de déterminer si ces éventuelles différences sont associées à la vulnérabilité ou plus particulièrement à la conduite suicidaire. Finalement, le but principal de cette étude était de déterminer la valeur de prédiction des facteurs de protection pour l'absence de comportements suicidaires sérieux chez les adolescentes vulnérables afin, entre autres, de promouvoir le développement de la recherche sur les facteurs de protection. Les résultats de la présente étude confirment la première hypothèse voulant que des adolescentes de la population générale présentent moins de facteurs de risque (dépression, désespoir, événements de vie stressants malheureux) que les adolescentes ayant des conduites suicidaires en provenance de la clinique spécialisée.

Tel qu'attendu et en accord avec de nombreuses recherches antérieures, le niveau de dépression (p.ex. Cole, 1989 ; Brent et coll., 1999; De Wilde, Kienhorst, Diekstra et Wolters, 1993), le niveau de désespoir (Asarnow et coll., 1987; Kazdin et coll., 1983; Rotheram-Borus et Trautman, 1988) et le nombre d'événements de vie stressants malheureux (Brent et coll., 1994; Gould et coll., 1996) étaient significativement plus élevés chez les adolescentes de la population clinique que chez celles de la population générale. Ces résultats suggèrent d'apporter une certaine importance de ces trois facteurs de risque pour la prévention et l'intervention contre les conduites suicidaires chez les adolescentes. Cette importance est brièvement discutée ci-dessous. Pendant longtemps, la croyance populaire consistait à croire que la dépression à l'adolescence était un phénomène transitoire, voire normal, ne nécessitant aucune intervention. Les connaissances actuelles démontrent plutôt que le taux de rechute pour un épisode dépressif à l'intérieur d'un intervalle de cinq ans s'élève à 72 % chez les adolescents (Fleming et Offord, 1990; Vitaro et Gagnon, 2000). Ces chiffres suggèrent que la dépression chez les jeunes ne peut être considérée comme un problème passager se résorbant avec le temps et ne nécessitant pas d'intervention. En outre, le nombre et la sévérité des symptômes dépressifs augmentent de façon marquée de l'enfance à l'adolescence, en particulier chez les filles et cette différence entre les genres demeure présente pour le reste de la vie (voir Hankin et Abramson, 2001; Kuehner, 2003 pour une revue de la littérature). Il est donc primordial de développer une meilleure compréhension de l'émergence de la dépression pendant l'adolescence, notamment pour faciliter l'identification des adolescentes dépressives et ainsi avoir un impact sur la diminution du risque suicidaire.

En milieu scolaire, les jeunes dépressifs sont souvent ignorés. À l'inverse des jeunes présentant des troubles extériorisés, les jeunes dépressifs sont peu dérangeants et ainsi ils suscitent beaucoup moins l'attention des enseignants et des intervenants. De surcroît, les professeurs sont souvent peu habiletés à reconnaître chez leurs élèves les signes de la dépression (Fortin et coll. 2004)

Pourtant, plusieurs études démontrent les effets négatifs de la dépression sur le rendement scolaire, notamment parce que les symptômes peuvent nuire aux fonctions cognitives telles que la mémoire fonctionnelle, la capacité d'attention et la capacité de résolution de problème (Den Hartog et coll., 2003). À l'école, les jeunes dépressifs sont moins motivés, ils se sentent plus incompetents et s'absentent davantage que les non-dépressifs (Mullins et coll., 1995). Ces élèves rapportent un manque de soutien de leurs enseignants (aide, intérêt et confiance; Cheung, 1995). En effet, la présence de symptômes dépressifs serait associée à une réponse sociale négative de la part des enseignants. Plus les symptômes dépressifs augmentent, plus le rejet augmente et plus l'attraction interpersonnelle diminue de la part des professeurs (Marcotte, 2006). La qualité et la fréquence des interactions entre les adultes et les élèves influencent également l'occurrence de symptômes dépressifs chez les étudiants (Marcotte, 2006), ce qui forme un cercle vicieux. L'influence des facteurs liés à l'école sur l'émergence et le maintien des symptômes dépressifs doit donc faire l'objet de préoccupations futures, tant de la part des intervenants que des chercheurs et ces préoccupations doivent se traduire notamment par l'élaboration de programmes d'intervention efficaces pour les élèves dépressifs.

En ce qui concerne le désespoir, tel que démontré par la présente étude, son niveau est également plus élevé chez les adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée que chez des adolescentes de la population générale. Il semble donc important d'y accorder une attention particulière. Les circonstances qui peuvent amener les adolescentes à décider de mettre fin à leur vie sont nombreuses, mais les perceptions négatives qu'elles éprouvent à l'égard de ces circonstances seraient plus importantes que les circonstances elles-mêmes (Adams, Overholser et Spirito, 1994 ; Brent et coll., 1999). Souvent, les adolescentes qui pensent au suicide ou qui planifie un suicide ne souhaitent pas vraiment mourir mais elles considèrent l'acte comme la seule solution pouvant mettre fin à leur douleur et à leur souffrance (Berman, Jobes et Silverman, 2006). Il s'agit d'un appel à l'aide et une façon d'exprimer leur détresse (Angold et Costello, 2006). Pour surmonter ces sentiments de désespoir, il importerait tout d'abord de démontrer aux jeunes la portée de les partager avec quelqu'un d'autre (amis, famille, professionnels ; voir la section référence aux autres plus loin).

L'école, sous sa forme actuelle est, un univers éminemment anxiogène, en particulier pour les adolescents vulnérables (Catheline, 2007), dans lequel il semble primordial d'intervenir. L'expérience de l'enseignant, son sentiment de compétence et son désir d'implication en relation avec la détresse psychologique et la prévention des conduites suicidaires chez les élèves sont des éléments-clés de la prévention. Diverses discussions sur les responsabilités de l'école et de la famille ont été analysées (Parent et Rhéaume, 2005) et il en ressort que la capacité à reconnaître, chez un élève, des signes observables permettant de croire qu'il vit une détresse

psychologique importante n'est pas toujours facile. Une partie significative des enseignants se sent relativement à l'aise pour œuvrer auprès d'élèves vivant des situations difficiles tels les échecs scolaires, mais le sentiment de compétence permettant de faire face à la détresse et la prévention des conduites suicidaires varie substantiellement parmi eux (Parent et Rhéaume, 2005). Pour la famille d'enfants déprimés, ces résultats sont cruciaux et doivent être considérés afin de dégager des pistes d'actions éventuelles. En effet, un bon partenariat famille/école semble pertinent afin de mettre en lumière les signes avant-coureurs pour intervenir efficacement auprès des jeunes désespérés.

En ce qui a trait aux événements de vies stressants, les analyses démontrent également une différence significative entre les deux groupes d'adolescentes. Des facteurs externes, tels que problèmes familiaux et autres événements de vie négatifs, ont un impact important sur les conduites suicidaires chez les jeunes (Brent et coll., 1994, 1999; Berman, Jobes et Silverman, 2006 ; Stoelb et Chiriboga, 1998 ; Wagner, 1997 ; Wagner, Silverman et Martin, 2003). Le décès d'un parent, des troubles financiers, vivre au sein d'une famille monoparentale, le divorce et l'absence du père sont des exemples de problèmes familiaux (Brent, 1993). C'est le fonctionnement familial, plus que la structure familiale en tant que telle, qui aurait un effet sur le comportement suicidaire (Wannan et Fombonne, 1998). Par exemple, un environnement familial rigide, c'est-à-dire un environnement caractérisé par un manque de flexibilité face aux situations problématiques, peut avoir une influence sur les idéations suicidaires chez les adolescents (Carris, Sheeber et Howe, 1998). Plus spécifiquement, l'environnement familial rigide affecte de façon négative la

capacité qu'a l'adolescent de développer des habiletés de résolution de problèmes, ce qui à son tour influence les conduites suicidaires. Le fonctionnement familial peut aussi être affecté par la psychopathologie parentale. Les jeunes suicidaires ont souvent des parents qui souffrent de troubles psychiatriques (Brent, 1995; 1997; Shaffer, 1988). Par exemple, la dépression maternelle prédit les symptômes suicidaires des jeunes adolescents, mêmes lorsque la présence de symptômes suicidaires passés est contrôlée (à noter que la présence d'une perception négative, hostile et chaotique que les mères et leur enfant ont de l'environnement familial augmente l'ampleur de la relation entre la dépression maternelle et les symptômes suicidaires de l'enfant; Garber, Little, Hilsman et Weaver, 1998). Les événements de vie négatifs jouent aussi un rôle dans les conduites suicidaire de l'adolescent. Les conflits parentaux, l'abus de substances, le décès d'un proche, les problèmes scolaires et légaux, la tentative de suicide d'un ami, la psychopathologie familiale et le comportement suicidaire familial représentent quelques exemples d'événements de vie significatifs (Sandin et coll., 1998). Cette relation semble être modulée par plusieurs caractéristiques individuelles (p. ex. l'estime de soi, le style d'attribution, la dépression) et par un manque de soutien social qui ont, à leur tour, un impact négatif sur la capacité de résolution de problèmes du jeune. Ceci influence les conduites suicidaires chez le jeune (Sandin et coll., 1998). Il apparaît donc important de tenir compte, lors d'interventions et dans les recherches futures sur les conduites suicidaires, de l'impact de différents événements de vie, notamment des stressors dans le contexte des relations familiales. De plus, comme le stress est un élément utile, voir nécessaire de la vie, il est primordial d'inculquer aux adolescents son importance et des façons efficaces d'y faire face. Tel que décrit dans la section

suivante, le coping de type productif représente une façon efficace de réagir au stress. Les données énoncées ci-dessous confirment majoritairement l'hypothèse émise en second ordre voulant que des adolescentes de la population générale présentent plus de facteurs de protection (style de coping (productif, référence aux autres), spiritualité, raisons de vivre) que les adolescentes avec des conduites suicidaires du groupe clinique.

Les résultats de la présente recherche suggèrent que des adolescentes de la population générale sont portées à utiliser un coping de type productif face à des situations stressantes, contrairement aux participantes consultant en clinique. Ces résultats laissent supposer que ces dernières ont plus de difficulté à générer des solutions alternatives aux conduites suicidaires. Il semble donc pertinent d'enseigner aux adolescentes présentant des conduites suicidaires à comprendre leurs réactions face aux événements de vie stressants et à savoir lesquelles sont efficaces et lesquelles leur sont néfastes. Les trois réactions les plus fréquentes face au stress sont la paralysie, l'affirmation de soi et l'agressivité (Ruph, 2003). Contrairement à la croyance populaire, ce n'est pas l'agressivité mais bien la paralysie qui est la plus nocive pour l'organisme (Ruph, 2003). S'isoler et ruminer des idées noires est donc la pire réaction à adopter, alors que détourner son agressivité et se défouler positivement par la pratique d'un sport, par exemple, est très bénéfique. Appeler des amis ou chercher de l'aide est une autre façon positive de réagir, en s'affirmant, (ce point est abordé plus loin dans le cadre de la référence aux autres). Quoi qu'il en soit, pour chaque agent stressant, il est important d'apprendre aux jeunes à réagir par l'action. Par exemple, si la nouveauté est source de stress (p.ex. un déménagement),

on peut suggérer de revoir des visages connus, de se créer des petits rituels, des routines. Si c'est une surcharge qui est en cause (p. ex: travail ou études), on peut suggérer d'établir des priorités, de déléguer des responsabilités. Dans le cas d'une frustration (ex: harcèlement), on peut conseiller d'obtenir une rencontre avec l'objet de sa frustration pour exprimer sa position. Si une privation est source de stress, (ex: chagrin d'amour), on peut promouvoir la redécouverte d'intérêts personnels, le soutien d'amis. En somme, il semble que se soit l'inhibition des actions qui est dommageable, tant au plan physique que psychique, pour les adolescents comme chez les adultes. Une bonne façon de combattre le stress est donc d'agir, de faire quelque chose pour libérer les tensions accumulées. Il semble donc important que les professionnels enseignent aux jeunes qu'il existe de nombreuses façons positives de diminuer le stress engendré par des situations négatives. Par exemple, la pratique de la relaxation, de la méditation ou du thaï chi peut s'avérer de bons moyens. Faire appel à la créativité peut aussi représenter une bonne alternative: musique, peinture, écriture, etc. Tel que démontré par l'étude de Frydenberg et Lewis (2002), l'utilisation de stratégies qui impliquent de s'efforcer, de focaliser sur les aspects positifs d'une situation, de se détendre et de faire de l'activité physique devrait être encouragée parmi les jeunes suicidaires (tout comme au sein de la population générale, voir p.ex. Csikszentmihalyi 2007). De futures études comprenant un nombre plus élevé de participants pourront servir à déterminer l'efficacité de chacune des stratégies utilisées dans le cadre de la présente recherche et ainsi permettre une plus grande généralisation des résultats.

Les résultats de la présente étude démontrent que les adolescentes consultant en clinique pour conduites suicidaires tendent plutôt à adopter des stratégies de coping de style non-productif. Plus précisément, ces données suggèrent l'utilisation de stratégies d'évitement (p.ex. s'inquiéter, avoir recours à la pensée magique, ne rien faire, réduire la tension et ignorer le problème), ce qui appuie plusieurs résultats antérieurs chez l'adolescent (Bonner et Rich, 1987; Curry et coll., 1992, Spirito et coll., 1996, Votta et Manion, 2004, Gould et al, 2004, Yang et Clum, 1994). Les adolescents en général se comportent souvent comme s'ils étaient invulnérables et ils sont en général susceptibles de feindre l'indifférence devant une situation stressante afin de paraître au-dessus des problèmes (Agence de Santé Publique du Canada, 2006). Pourtant, l'adolescence est associée à plus de peur, de confusion, d'inquiétude et de besoin d'aide que les autres étapes de la vie (Baron, Joubert et Mercier, 1991 ; Brent, 1995 ; King, 2001). Des événements stressants ou un climat persistant d'incertitudes et d'inquiétudes peuvent avoir des conséquences plus grandes chez les adolescents en situation de vulnérabilité. Ainsi, des adolescents victimes d'intimidation des pairs ou vivant une rupture familiale difficile, une situation de deuil, de la violence familiale ou de l'abus sexuels pourront feindre l'indifférence tout en ayant besoin de support. Certains adolescents peuvent alors connaître une aggravation de leurs problèmes de santé mentale, s'il y a lieu, ou de leurs comportements, pouvant aller jusqu'à la tentative de suicide. Encore une fois, cela démontre l'importance d'intervenir auprès des jeunes, en particulier au plan de la gestion du stress et de la détresse.

Fait à noter, aucune différence significative n'a émergé entre les groupes de l'étude quant au type de coping référence aux autres comme moyen de coping face au stress (c.-à.-d. recherche de soutien, recherche d'aide professionnelle, investir en amitié, entreprendre des actions sociales et avoir de l'aide spirituelle). On sait que les jeunes adolescents de la population générale recherchent généralement peu l'aide professionnelle (Biddle et coll., 2004; Plancherel et coll., 1993), mais le recours à l'aide amicale ou spirituelle est habituellement plus élevé dans la population générale que chez les adolescents suicidaires (Frydenberg et Lewis, 1991, 1993; Pronovost, Leclerc et Dumont, 2003; Seiffge-Krenke; 1995). Dans le cadre de la présente étude, la référence aux autres était très peu utilisée en général, tant par le groupe d'adolescentes de la population générale que par le groupe d'adolescentes en provenance de la clinique spécialisée, ce qui pourrait expliquer l'absence de différence entre les groupes. Le recrutement d'un plus grand nombre de participantes contribuerait peut-être à faire ressortir une différence. Malgré cette limite, ce faible recours général à l'aide externe est tout de même quelque peu alarmant car il suggère que les adolescentes, incluant celles de la population générale, utilisent peu leur réseau social ou le réseau professionnel de santé lorsqu'elles rencontrent des problèmes d'ordre psychologique. De futures études permettront de départager, le cas échéant, l'importance relative des différentes stratégies de type référence aux autres. Quant aux adolescentes présentant des conduites suicidaires, si les résultats de la présente recherche sont confirmés, elles devraient bénéficier particulièrement de ce type de stratégie, notamment d'aide professionnelle, étant donné leur faible utilisation de stratégies productives. Il apparaît donc primordial d'enseigner aux

adolescentes qu'il n'y a pas de honte avoir des idées suicidaires ou à demander de l'aide.

En résumé, on insiste de plus en plus (voir King, 2001) sur l'importance de considérer plusieurs étapes pré-suicidaires dans les programmes de prévention à l'école et d'inclure l'enseignement d'habiletés aidant à gérer des situations en amont de la tentative (les stratégies de coping efficaces, la bonne gestion du stress par exemple). Une telle formation permettrait probablement aux élèves de mieux réagir aux émotions négatives comme la colère et la dépression, de mieux résoudre les problèmes, d'améliorer la communication interpersonnelle et les aptitudes à désamorcer des conflits (Rutz, 2001). Aborder le suicide dans le contexte du développement de l'autonomie et de l'estime de soi, de la résolution de problèmes et d'aptitudes à la communication (incluant la demande à l'aide) devrait être plus efficace que les programmes traitant exclusivement du suicide (King et Smith, 2000). Bien des jeunes pensent que le suicide représente une réaction naturelle, sinon héroïque, au rejet et cette méprise, doublée de la perception d'une honte associée aux soins psychiatriques, peut les empêcher de chercher de l'aide s'ils sont en détresse psychologique (Shaffer et coll., 1988). Le matériel de formation visant à encourager les jeunes à rechercher l'aide appropriée en cas de dépression, d'abus d'alcool ou de drogues ou de problèmes familiaux pourrait contribuer à réduire le risque de suicide.

Un autre facteur de protection potentiellement important est le niveau de spiritualité. Les résultats de l'étude suggèrent que des filles dans la population générale ont un niveau de spiritualité significativement supérieur à celui d'adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'une clinique

spécialisée, ce qui corrobore plusieurs études antérieures démontrant l'apport bénéfique de la spiritualité lors de situations de stress importantes auprès des jeunes présentant des problèmes de santé mentale (Cotton et coll., 2006; Ellison, 1991 ; Ellison et Levin, 1998 ; Ano et Vasconcelles, 2005 ; Weaver et coll., 2000). Ces résultats appuient également ceux de Ball et ses collaborateurs (2003), selon lesquels le fait d'accorder une importance modérée à la religion/spiritualité contribue à un meilleur fonctionnement psychologique qu'une importance faible ou élevée. Ainsi, la spiritualité représenterait un bon facteur de protection contre les problèmes liés à la santé mentale, notamment les conduites suicidaires, seulement lorsqu'elle est d'un niveau modéré, une présence trop grande de spiritualité pouvant nuire autant que son absence (voir également Ellison, 1998 ; Blaine et Croker, 1995 ; Donahue et Benson, 1995 ; Gartner, 1996). Fait à noter, la différence significative du niveau de spiritualité entre les groupes s'appliquait ici aux quatre sous-échelles de l'instrument (spiritualité et croyances; découverte de soi; philosophie de vie; et respect d'autrui et de l'environnement). Il semble donc que la vie spirituelle tienne une place plus importante chez certains jeunes de la population générale et, in extenso, qu'il faille intervenir en ce sens auprès des adolescents présentant des conduites suicidaires en provenance de clinique spécialisée. Il importe de promouvoir la spiritualité comme démarche de compréhension du monde, un questionnement sur soi et sur le sens de la vie et non nécessairement comme une croyance religieuse imposée. Mettre en premier plan des valeurs constructives telles que l'amour et l'entraide, le respect d'autrui et la tolérance apparaît prioritaire. Le passage de l'adolescence à l'âge adulte semble plus complexe aujourd'hui parce que les institutions traditionnelles (famille, mariage, école, église) qui définissaient la place de chacun se sont transformées et

n'offrent plus les mêmes repères qu'autrefois (Courtois, 2003). La recrudescence des valeurs culturelles hédonistes, la recherche du plaisir immédiat, l'affaiblissement des interdits et la course à la consommation contribueraient à brouiller la quête de repères identitaires et de sens à la vie (Pronovost et Royer, 2004). La spiritualité peut aider les adolescents à donner un sens à leur vie et à répondre à leurs projets pour spécifier leur existence. La spiritualité n'est pas forcément relative à la religion ; elle peut également s'envisager comme un investissement de la vie psychique, comme travail de pensée, d'art, de culture, de création. Il y a donc de multiples facettes à la spiritualité et il est important de les faire découvrir aux adolescents. Des études avec un échantillon plus vaste permettront d'approfondir les résultats et de généraliser à une plus grande population.

Les raisons de vivre tenaient aussi ici une place significativement plus importante pour des adolescentes de la population générale que pour celles de la population clinique, ce qui a également été rapporté ailleurs (Connell et Meyer, 1991 ; Pinto et coll., 1998 ; Gutierrez, 2000). Ceci suggère que des adolescentes du dans la population générale accordent une grande valeur à la vie en générale. Il serait donc avantageux d'évoquer aux adolescentes, ayant des conduites suicidaires en provenance de clinique spécialisée, la multiplicité des motifs pour vivre afin de les aider à surmonter le désespoir dans lequel la plupart se trouvent. Il s'agit également de leur enseigner à choisir, d'une manière réfléchie, la façon dont elles veulent orienter leur vie et comment le faire à l'extérieur de l'encadrement familial et institutionnel. La manière de «vivre» sa jeunesse peut prendre de multiples visages, en particulier au sein de la culture occidentale contemporaine et il importe

d'enseigner les plus gratifiantes aux adolescentes qui ne trouvent pas suffisamment de raisons de vivre. Fait important, les adolescentes dans la population générale, accordaient ici significativement plus d'importance à chacune des cinq sous-échelles de l'instrument (alliance familiale, peur du suicide, acceptation de soi, acceptation et support des pairs, optimisme face au futur) que le groupe d'adolescentes de la population clinique. Des recherches ultérieures permettront de cibler, s'il y a lieu, les raisons de vivre les plus discriminantes et ainsi permettre une meilleure généralisation des résultats.

Tout comme le stipulait la troisième hypothèse, le sous-groupe vulnérable (présence de symptômes dépressifs) d'adolescentes de la population générale de la présente étude s'apparentait plutôt aux autres adolescentes de la population générale qu'aux adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance de la clinique spécialisée quant à l'utilisation des facteurs de protection. Cet intéressant constat est discuté dans la prochaine section.

Comparaisons entre les adolescentes du sous-groupe vulnérables de la population générale et des adolescentes vulnérables de la clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur pour les facteurs de protection.

Tel qu'attendu et mentionné dans la troisième hypothèse, les adolescentes vulnérables de la population générale ont rapporté un niveau significativement plus élevé d'utilisation de coping de style productif, de spiritualité et de raisons de vivre que les adolescentes vulnérables avec des conduites suicidaires de la clinique spécialisée. Par contre, ces deux groupes étaient peu portés à rechercher de l'aide extérieure.

Ces résultats suggèrent que malgré la présence d'éléments dépressifs, les adolescentes de la population générale (vulnérables) sont davantage en mesure d'utiliser des stratégies adéquates pour surmonter des situations difficiles (voir aussi Curry et ses collègues, 1992). Il semble donc important de porter une attention particulière au style de coping auprès des adolescentes avec des conduites suicidaires vulnérables de la clinique spécialisée, car elles semblent posséder un répertoire plus restreint de stratégies efficaces. Le coping peut prendre des formes diverses; il peut s'agir de cognitions (évaluation de la situation stressante, évaluation de ses ressources, recherche d'informations), d'affects (expression ou au contraire répression de la peur, de la colère, de la détresse) ou de comportements (résolution du problème, recherche d'aide). Autant de stratégies qui permettent aux adolescents de rendre une situation difficile plus tolérable. Les résultats suggèrent donc d'enseigner, aux adolescentes vulnérables présentant des conduites suicidaires de la clinique spécialisée, ces stratégies afin que ces dernières puissent éventuellement devenir des alternatives aux conduites suicidaires. Dans cet enseignement, il importe de bien souligner le fait que le coping est un processus (constamment changeant et spécifique) et non une caractéristique générale et stable. Cette vision du concept permet de ne pas confondre les stratégies de coping (ce que l'individu pense et fait face à la situation) et leurs effets (réussite ou échec). Ainsi, les adolescentes doivent réaliser qu'on ne peut considérer a priori une stratégie de coping comme adaptée ou inadaptée, mais plutôt comme étant efficace dans certaines situations et inefficace dans d'autres. Les adolescentes vulnérables doivent savoir qu'il existe des styles de coping propres à chaque individu, chacun mobilisant préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Ce ne

sont pas les caractéristiques « objectives » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète. (Cohen et coll., 1993).

Les résultats de la recherche actuelle suggèrent en outre que, malgré la présence d'un certain niveau de détresse, les certaines adolescentes de la population générale accordent une place à la spiritualité dans leur vie, tout particulièrement pour les domaines « découverte de soi », « philosophie de vie » et « respect d'autrui et de l'environnement ». Ces variables reflètent des aspects de la spiritualité axés davantage sur un style de vie. De fait, les adolescentes présentant des conduites suicidaires en provenance de clinique spécialisées doivent développer leur compréhension de ce qu'est la spiritualité ; être spirituel réfère avant tout à des qualités intérieures. Il est possible de vivre dans ce monde moderne, travailler, profiter des plaisirs de la vie tout en étant spirituel, c'est-à-dire intégrer ces qualités intérieures pour vivre pleinement. La spiritualité pourra être inculquée comme une attitude, un état d'esprit, une ouverture permanente sur les autres et le monde. Un état d'être qui ne repose pas sur des idées préconçues ou des dogmes mais qui tend toujours vers la découverte de l'inconnu, la découverte de soi, des autres et de l'univers. Enseigner à ces jeunes que la spiritualité, c'est la découverte de soi par la recherche personnelle, une attention sur soi, ses pensées et ses actes, peut entraîner une plus grande sérénité permettant éventuellement de considérer d'autres solutions que le suicide pour surmonter des moments difficiles.

La troisième et dernière différence entre les groupes vulnérables concernait la variable « raisons de vivre », indiquant que même les adolescentes vulnérables de la population générale présentent un plus grand désir de vivre que les adolescentes

présentant des conduites suicidaires de la clinique spécialisée. À noter que cette différence s'appliquait aux 5 sous-échelles (l'alliance familiale, la peur du suicide, l'acceptation de soi, l'acceptation et le support des pairs et optimisme face au futur). Il y a donc plusieurs domaines susceptibles d'être abordés auprès d'adolescentes suicidaires qui demandent de l'aide auprès des cliniques spécialisées. Il importe d'expliquer aux jeunes que toute situation difficile prendra fin éventuellement et qu'ils doivent retrouver d'ici là ce qu'ils les rendaient heureux auparavant; leurs passions, leurs intérêts et les activités qui leur permettent de se sentir bien. Les jeunes doivent également apprendre à reconnaître et à voir autour d'eux les personnes et les contextes qui leur apportent bonheur et réconfort. En somme, il s'agit de trouver des raisons pour rester en vie.

En ce qui concerne la recherche d'aide, les deux groupes d'adolescentes vulnérables se référaient très peu à l'extérieur et cette absence de différence entre les groupes a déjà été observée ailleurs (Spirito, Overholser et Stark, 1989 ; Gould et coll., 2004). Ainsi, les adolescents suicidaires ou dépressifs utilisent rarement les stratégies impliquant des demandes d'aide et la recherche de soutien social ne diffère pas entre les adolescents suicidaires et ceux ou celles qui vivent ou non de la détresse psychologique. Les adolescents suicidaires croient typiquement être en mesure de régler leurs problèmes seuls et les adolescents dépressifs considèrent souvent qu'ils doivent garder leurs sentiments de détresse pour eux (Spirito, Overholser et Stark, 1989 ; Gould et coll., 2004). Il est étonnant que les deux groupes d'adolescentes vulnérables ne démontrent pas de volonté à rechercher du soutien social en demandant de l'aide. Approfondir cette piste de réflexion par la valorisation de ce

style de coping pourrait être bénéfique auprès d'une population d'adolescentes à risque. Par contre, il existe plusieurs façons d'exprimer sa détresse à l'adolescence (Beck, Kovacs et Weissman, 1979; Bonner et Rich, 1987; Kienhorst, De Wilde et Diekstra, 1995; McIntosh, 2000) et certains signes devraient permettre aux adultes d'être proactifs. De façon générale, lorsqu'un adolescent ne désire plus voir ses amis, ceux-là mêmes qui représentaient toute sa vie auparavant; qu'il se désintéresse de ce qui le passionnait et trouve nul tout le monde, à commencer par lui-même, il mérite notre attention. Ces signes représentent en fait une demande d'aide indirecte. Ce sont l'intensité, le cumul et la durée dans le temps des signaux de détresse qui doivent alerter l'adulte responsable. Il est important de garder à l'esprit que la période d'adolescence n'explique pas tout. On y attribue trop facilement les symptômes de maladies mentales réelles et sérieuses. Il faudrait savoir les reconnaître et se référer à des professionnels qui sauront les diagnostiquer et agir avec compétence constitue parfois la meilleure voie à suivre. En somme, il est primordial d'enseigner aux jeunes à chercher de l'aide en cas de besoin, tout en demeurant à l'écoute des signes indirects de demande d'aide.

Cependant, l'accès au système de prise en charge doit être rapide et efficace. L'accessibilité aux services de santé dans les centres de santé et de services sociaux (CSSS), par exemple, peut être complexe pour un adolescent qui en est à ses premières démarches personnelles. S'il obtient le message d'une boîte vocale et qu'il trouve ardu de formuler sa demande, il risque de ne pas rappeler. La plupart des problèmes pour lesquels les adolescents ressentent le besoin de consulter touchent des aspects dont ils hésitent à parler spontanément avec leurs parents (sexualité,

drogues, dépression, etc. ; Institut national de santé publique du Québec, 2007). Les jeunes ne savent pas exactement où s'adresser quand ils ont un problème et ils ne savent pas toujours comment nommer leur détresse (Institut national de santé publique du Québec, 2007). Pour ces raisons, il est nécessaire d'instaurer des lieux faciles d'accès, à la disposition des adolescents. De surcroît, le personnel soignant doit réfléchir davantage à la façon d'accueillir, de se montrer ouvert et à l'écoute et, du même coup, d'apprendre quelque chose aux jeunes, les aider à prendre leur santé en main. En effet, si le jeune craint de se faire réprimander, il est fort probable qu'il choisira de ne plus consulter, avec toutes les conséquences que cela suppose et de taire sa détresse jusqu'au geste sans lendemain. Il faut au contraire cesser d'appréhender le dialogue avec des adolescents. Les jeunes qui ont complété un suicide sont souvent des individus qui n'avaient pas consulté et qui n'ont demandé de l'aide que discrètement (Institut national de santé publique du Québec, 2004). Plus un adolescent est isolé, plus il est à risque de se suicider. Il s'agit donc pour les professionnels de la santé de briser le mur du silence, d'intensifier l'écoute et d'accroître la capacité d'accueil. Ces jeunes, se suicident-ils parce qu'ils sont en dépression ou à cause d'une détresse insoutenable qu'ils n'ont pu partager ?

La prochaine section aborde la question fondamentale de cette étude, à savoir la valeur de protection de certains facteurs contre la conduite suicidaire.

Valeur prédictive des facteurs de protection pour l'absence/présence de conduites suicidaires sérieuses chez les adolescentes.

Le principal but de la présente recherche était de vérifier l'effet de protection de trois facteurs particuliers (coping, spiritualité et raisons de vivre) contre les conduites suicidaires sérieuses auprès des adolescentes. Une analyse de régression

logistique confirme partiellement la quatrième hypothèse de cette étude en suggérant que deux de ces facteurs semblent effectivement associés à la diminution des chances d'occurrences de conduites suicidaires : la spiritualité et les raisons de vivre. Plus spécifiquement, les scores aux sous-échelles découverte de soi, peur du suicide et acceptation de soi étaient inversement corrélés aux risques de conduites suicidaires auprès des adolescentes. Ces résultats suggèrent des premières pistes pour l'intervention et la prévention. Par contre, les recherches futures comprenant un échantillon plus grand permettront d'augmenter les connaissances à ce niveau et par le fait même, les pistes d'interventions possibles.

Les interventions auprès des jeunes à risque suicidaire pourraient tenir compte de la connaissance qu'ils ont (spiritualité) de leurs forces, de leurs faiblesses, de leurs difficultés, de leurs limites et de leurs besoins, connaissances qui forment une image de soi arrimée à la réalité. Le but ultime étant l'atteinte d'une image positive de soi. Lorsqu'un individu s'accepte et se sent bien, ses relations avec autrui sont plus satisfaisantes et il est davantage capable de faire face aux exigences de la vie.

L'autre variable importante regroupe les raisons de vivre. Les résultats suggèrent ici que la sous-échelle de la peur du suicide représente un facteur de protection significatif contre les conduites suicidaires auprès des adolescentes vulnérables. La mort est un sujet de préoccupation, de réflexion et d'interrogation, prépondérant à l'adolescence (Orbach et coll., 1993). Pourtant, très peu de recherches sont disponibles concernant la relation entre la représentation de la mort et le passage à l'acte suicidaire chez les adolescents (nous en avons répertorié trois : Orbach et

Glaubman, 1978 ; Orbach et coll., 1993 ; Gothelf et coll., 1998) et ces rares données sont contraires aux conclusions ici tirées. Selon nous, ceci s'explique par le fait que ces auteurs ont focalisé leur attention sur d'autres aspects de la représentation de la mort chez les jeunes suicidaires, et ce, tant auprès d'enfants que d'adolescents. La première étude (Orbach et Glaubman, 1978) cherchait à mettre en évidence une relation entre la représentation de la mort et le suicide chez l'enfant. Elle tentait également de comprendre pourquoi de telles différences étaient observées dans les représentations des enfants de la population générale et suicidaires. Il faut noter qu'à cette époque l'existence de comportements suicidaires et de dépression chez l'enfant commençait à peine à être reconnue. Cette étude montre que les enfants suicidaires ont une représentation déformée de la mort. Ces enfants avaient tendance à attribuer la mort à des causes brutales et à l'autodestruction, à attribuer des propriétés de vie à l'état de mort et à croire en un retour à la vie après la mort. Orbach et Glaubman (1978) interprètent cette déformation de la représentation comme un mécanisme de défense contre des idées de mort qui seraient angoissantes. L'enfant se protégerait contre la menace de sa propre mort en envisageant la mort comme une autre forme de vie. Ceci laissait donc croire que la peur du suicide ne représente pas un facteur de protection.

La seconde étude (Orbach et coll., 1993) était plus spécifique et envisageait un élément précis de la représentation de la mort: la peur. Les auteurs distinguaient cinq aspects de la peur de la mort (peur de la perte de l'accomplissement personnel, peur de l'annihilation, peur de la perte de l'identité sociale, peur des conséquences pour la famille, peur de l'inconnu) afin de tenter de dessiner un profil spécifique de

l'adolescent suicidaire. Les résultats suggèrent que l'intensité de la peur était semblable pour les 5 aspects considérés, c'est-à-dire faible. Une corrélation négative a donc été trouvée entre la peur de la mort (score global) et le potentiel suicidaire chez les adolescents suicidaires. En d'autres mots, un degré élevé de peur était lié à un potentiel suicidaire faible. La peur de la mort joue donc un rôle inhibiteur ou protecteur contre le passage à l'acte, mais sa promotion est difficilement envisageable au plan de la prévention.

La dernière recherche effectuée dans le domaine visait également à mettre en évidence l'influence de facteurs émotionnels sur la représentation de la mort (Gothelf et al., 1998). Selon cette étude, les adolescents suicidaires envisagent davantage la mort comme un état agréable (*pleasant state*) que les adolescents non suicidaires. Une corrélation significative a été d'ailleurs observée entre la suicidalité et ce type d'évaluation de la mort. Ceci suggère que la peur de mourir est un processus et une expérience différente chez les adolescents suicidaires et les non suicidaires, ce qui peut faciliter ou inhiber les comportements suicidaires.

Bien que promouvoir la peur de la mort peut être un moyen de prévention, tout comme les publicités sur la conduite automobile (ex : la vitesse tue), l'exploration du sens de la mort par suicide pourrait s'avérer également utile pour faciliter la compréhension du phénomène suicidaire chez les adolescents. Le phénomène du suicide des jeunes touche essentiellement les pays occidentaux les plus industrialisés (Fédération mondiale pour la santé mentale, 2003). Or, dans ces pays, la culture a largement évincé ou esquivé les questions relatives à la mort. On fait l'apologie de la jeunesse éternelle, mais il manque souvent un effort

d'élaboration et de ritualisation autour de la mort. Cette constatation suggère que notre société n'offre pas assez de possibilité de réflexion relativement à la mort, d'élaboration et d'intégration de la mort en tant que réalité de la vie (Fédération mondiale pour la santé mentale, 2003). Aussi, une exploration des expériences particulières, par l'histoire personnelle des adolescents à propos de la mort pourrait apporter un éclairage nouveau sur les raisons de la distorsion de leur représentation.

Finalement, la présence significative de la sous-échelle « acceptation de soi » suggère, dans une certaine limite, de promouvoir auprès des adolescentes l'importance de s'approprier et d'accepter ses pensées, ses émotions, ses opinions et ses actions. L'acceptation de soi est une des composantes fondamentales de l'identité, notamment auprès des adolescentes (Hammond et Romney, 1996; Modrain-Talbott et coll., 1998). En effet, l'adolescence est une période de changement, de mouvement où il faut passer de l'état de dépendance à l'état d'indépendance, devenir autonome, se séparer, s'individualiser, s'adapter au monde extérieur, s'investir dans de nouvelles relations. C'est un processus psychologique évolutif. D'après Coopersmith (1987), tous les aspects de la vie sont affectés par le niveau d'acceptation de soi. Une faible acceptation de soi peut affecter profondément la capacité à s'adapter aux changements (Modrain-Talbott et coll., 1998) et une bonne acceptation de soi est nécessaire à une intégration sociale, scolaire ou professionnelle réussie (Hammond et Romney, 1996). Une adolescente ayant une bonne acceptation de soi fera plus facilement preuve d'un comportement adapté face à une situation difficile et elle tendra à présenter une image positive d'elle-même (Alaphilippe, Bernard, Otton, 1997). Celle qui a une faible acceptation de soi

adoptera au contraire un comportement inadapté, ce qui pourra renforcer son sentiment d'incapacité, sa faible estime de soi et induire une tendance au retrait social et aux conduites suicidaires.

La manière dont les adolescentes se perçoivent affecte grandement l'image qu'elles ont d'elles-mêmes et de leurs rapports avec autrui (Cloutier et Drapeau, 2008). À la base de la perception d'elles-mêmes, il y a l'acceptation de soi qui détermine, suite aux échecs ou aux réussites, ce que les adolescentes valent vraiment. Une piètre acceptation de soi, suite à une réussite, entraîne une incrédulité et une surprise devant une situation peu commune. Il se produit, chez les jeunes, l'impression de ne pas mériter ce qui arrive ou de mal gérer cette situation en amplifiant l'événement et en surcompensant leur mérite pour se convaincre qu'elles sont des personnes valables (Damon et Lerner, 2006). Chose certaine, il y a déformation dans l'appréciation. Il semble exister un lien entre l'image que les adolescentes se font de leur propre valeur et la confiance qu'elles ont en leurs habiletés. L'acceptation de soi apparaît possiblement jouer un rôle important dans le bien-être émotionnel, moral et physique d'une personne (Cloutier et Drapeau, 2008). Dans la formation de la personnalité féminine, l'image de soi et l'acceptation de soi sont plus importantes et plus décisives, et le regard d'autrui, ainsi que l'apparence physique comptent pour beaucoup (Cloutier et Drapeau, 2008). La conscience que les adolescentes ont de leur propre valeur influe probablement de manière significative sur leurs rapports avec autrui, sur la confiance en leur capacité de poursuivre des buts et de les atteindre, ou encore sur leur capacité de résister aux pressions négatives qui mènent à des comportements malsains tels que les conduites

suicidaires. Il faut donc faire de l'acceptation de soi un apprentissage conscient : il convient d'apprendre aux adolescentes à faire le point sur qui elles sont, à apprécier ce qu'il y a de positif en chacune d'elles, à reconnaître la richesse qui existe dans la diversité et à être fières de leur identité.

Retombée et conséquences possibles de la recherche

Les résultats de cette recherche suggèrent, avec certaines limites, que l'utilisation de stratégies de coping productives, de la spiritualité et la présence de raisons de vivre différencient des adolescentes de la population générale des adolescentes présentant des conduites suicidaires en provenance d'une clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur. Des variables similaires distingueraient des adolescentes vulnérables de la population générale par rapport aux adolescentes de la population clinique. Fait étonnant, la majorité des adolescentes de cette étude s'oriente peu vers l'aide extérieure, même en présence d'événements stressants ou d'autres facteurs de risque. Ce résultat reflète peut-être une faible motivation à rechercher de l'aide, mais peut-être également la difficulté d'obtenir des soins de cet ordre au Québec. Ce point mérite d'être investigué et, le cas échéant, des correctifs devront être apportés. Pour le moment, il semble urgent de promouvoir les possibilités d'aide existantes et d'y référer les adolescentes, et ce, en tout temps. Finalement, les résultats de cette étude suggèrent que trois facteurs particuliers ont une bonne valeur de protection contre les conduites suicidaires, soit la découverte de soi, la peur du suicide et l'acceptation de soi. Tout en réfléchissant à des campagnes sur les effets néfastes des conduites suicidaires et du suicide chez les jeunes, une exploration des expériences particulières à propos de la mort et du comportement

suicidaire pourrait apporter de nouveaux éléments pour faciliter l'intervention et la prévention. Il semble pertinent d'inculquer aux adolescentes les avantages d'user de certains facteurs de protection, en particulier la connaissance et l'acceptation de soi. Les intervenants qui œuvrent auprès des jeunes à risque suicidaire pourraient amener les adolescentes à connaître leurs forces, leurs faiblesses, leurs difficultés et à les accepter. Ceci dans le but ultime d'élever la conscience de leur propre valeur. Les résultats de cette recherche ont donc des retombées potentielles scientifiques et cliniques, mais également des forces et des faiblesses, abordées ci-dessous.

Conclusion

Nous évoluons dans une société qui donne plus de valeur à la qualité de vie qu'à la vie elle-même. Quand les adolescents souffrent émotionnellement et que des éléments de leur vie sont modifiés de façon négative, ils deviennent des personnes plus susceptibles de penser que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue. Les constats sont tristes et alarmants auprès de cette population. Même si le nombre de décès par suicide diminue au Québec chez les adolescents depuis quelques années, le taux de tentative de suicide pour ce groupe d'âge demeure préoccupant. Étant donné la plus grande proportion de tentatives de suicide, le plus haut taux de dépression et de désespoir ainsi qu'un nombre plus élevé d'événements stressants négatifs, chez la fille que chez le garçon, les facteurs de protection chez l'adolescente doivent être bien définis pour les intervenants. De nombreuses recherches ont mis l'emphasis sur l'identification des facteurs de risque pour cibler les jeunes potentiellement susceptibles de commettre un geste suicidaire. Par contre, très peu d'étude on mis l'accent sur l'identification des facteurs de protection.

Les deux premiers objectifs de cette recherche étaient de vérifier la présence de différences entre des adolescentes de la population générale et des adolescentes avec des conduites suicidaires en provenance d'un clinique spécialisée sur les troubles de l'humeur de la région de Montréal quant à la présence et l'intensité de trois facteurs de risque (dépression, désespoir et nombre d'événements de vie stressants malheureux) et de trois facteurs de protection (stratégies de coping, spiritualité et raisons de vivre). Un troisième objectif visait à déterminer si ces différences existent entre des adolescentes vulnérables issues de cette même population générale et des adolescentes vulnérables avec des conduites suicidaires en provenance de la clinique

spécialisée. Il appert que les styles de coping, la spiritualité et les raisons de vivre différencient effectivement les adolescentes des deux groupes et que ces différences s'appliquent également aux sous-groupes d'adolescentes vulnérables (symptômes dépressifs). De plus, le but principal de cette recherche était de déterminer, parmi les facteurs de protection mentionnés ci-haut, lesquels offraient la meilleure valeur de prédiction pour la présence (ou l'absence) de conduites suicidaires chez les adolescentes. Il s'agit de la découverte de soi (variable spiritualité), de la peur du suicide et de l'acceptation de soi (variables raisons de vivre). Il importe donc de promouvoir auprès des adolescentes l'utilisation de ces facteurs de protection. De futures recherches effectuées auprès d'un plus vaste échantillon pourront suggérer un apport plus spécifique des différentes composantes des facteurs de protection de la présente étude. La propension du groupe clinique à adopter des stratégies de coping non productives est également à noter. En somme, ces résultats offrent des premières pistes exploratoires à emprunter pour la prévention du suicide et l'intervention auprès d'adolescentes à risque. Des études de plus grande envergure permettraient de confirmer et préciser ces pistes.

Références

- Adams, D.M., Overholser, J.C., & Spirito, A. (1994). Stressful life events associated with adolescent suicide attempts. *Canadian Journal of Psychiatry*, 39(1), 43-8.
- Agence de la santé publique du Canada. (2005). *Rapport sur les maladies mentales au Canada : Comportement suicidaire*, juin 2007, <http://www.phac-aspc.gc.ca>.
- Alaphilippe, D., Bernard, C., & Otton, S. (1997). Estime de soi, locus de contrôle et exclusion. *Bulletin de psychologie*, 429:331-7.
- Angold, A., & Costello, E. J. (2006). Puberty and depression. *Child and adolescent psychiatry* 15(4), 919-37.
- Ano, G. G., & Vasconcellos, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 461-480.
- Asarnow, J. R, Carlson, G. A., & Guthrie, D. (1987). Coping strategies, self-perceptions, hopelessness, and perceived family environments in depressed and suicidal children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(3), 361-6.
- Ball, J., Armistead, L., & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female, urban adolescents. *Journal of Adolescence*. 26, 431-446.
- Beck, A. T., Kovacs, M. & Weissman, A. (1979). Assessment of suicidal ideation: The scale for suicide ideation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 343-352.
- Berman, A. L., Jobes, D. A., & Silverman, M. M. (2006). *Adolescent Suicide: Assessment and Intervention*. 2^e édition, American Psychological Association, Washington, DC, 455 p.

- Biddle, L., Gunnell, D., Sharp, D., & Donovan, J. L. (2004). Factors influencing help seeking in mentally distressed young adults: a cross-sectional survey, *British Journal of General Practice*, 54(501), 248-53.
- Blaine, B., & Croker, J. (1995). Religiousness, race, psychological well-being: Exploring social psychology mediators. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 21, 1031-1041.
- Blum, R. W., Harmon, B., Harris, L., Bergeisen, L., & Resnick, M.D. (1992). American Indian--Alaska Native youth health. *Journal Of the American Medical Association*. 25; 267(12), 1637-1644.
- Blumenthal S. J, & Kupfer D. J. (1986). Generalizable treatment strategies for suicidal behavior. *Annals of the New York Academy Sciences*, 487:327-40.
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1987). Toward a Predictive model of Suicide ideation and behaviour: Preliminary data in college students. *Suicide and Life-Threatening behaviour*, 17 (2), 51-56.
- Borowsky, I.W., Resnick, M.D., Ireland, M., & Blum, R.W. (1999). Suicide attempts among American Indian and Alaska native youth. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medecine*, 153-168.
- Brent, D.A. (1995). Risk factors for adolescent suicide and suicidal behavior: Mental and substance abuse disorders, family environmental factors, and life stress. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 25(Suppl.): 52-63.
- Brent, D.A. (1997). Practitioner review: The aftercare of adolescents with deliberate Self-Harm. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 38(3): 277-286.
- Brent, D.A., Baugher, M., Bridge, J., Chen, T., & Chiapetta. (1999). Age-and-sex related risk factors for adolescent suicide. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 38(12), 1497-1505.

- Brent, D.A., Johnson, B. A., Perper, J., Connolly, J., Bridge, J., Bartle, S., & Rather, C. (1994). Personality disorder, personality traits, impulsive violence, and completed suicide in adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(8), 1080-6.
- Brent, D.A., Perper, J. A., Moritz, G., Allman, C., Friend, A., Roth, C., Schweers, J., Balach, L., & Baugher, M. (1993). Psychiatric risk factors for adolescent suicide: A case-control study. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32, 521-528.
- Brent, D.A., Perper, J.A., Moritz, G., Baugher, M., Roth, C., Balach, & L., Schweers, J.(1993). Stressful life events, psychopathology, and adolescent suicide: a case control study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 23(3), 179-87.
- Catheline, N. (2007). *Psychopathologie de la scolarité*. Collection : Les âges de la vie, Éditions Masson, 335 p.
- Carris, M.J., Sherber, L & Howe, S. (1998). Family rigidity, adolescent problem-solving deficits, and suicidal ideation: A mediational model. *Journal of Adolescence*, 21: 459-472.
- Center for Disease Control and Prevention, (1991). *Rates of Homicide, Suicide, and Firearm-Related Death Among Children 26 Industrialized Countries*. Juin 2007, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview.htm>
- Cheung, S. K.(1995). Life events, classroom environment, achievement expectation and depression among early adolescents. *Social Behavior and Personality*, 23(1), 83- 92.
- Cloutier,R. & Drapeau, S. (2008). *Psychologie de l'adolescence*. Montréal : G. Morin, 3^e éd. 313 p.
- Cohen, P., Cohen, J., Kasen, S., Velez, C.N., Hartmark, C., Johnson, J., Rojas, M., Brook, J., & Streuning, E.L. (1993). An epidemiological study of disorders in late childhood and adolescence--I. Age- and gender-specific prevalence. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 34(6):851-67.

- Cole, D.A. (1989). Psychopathology of Adolescent Suicide Hopelessness, Coping Beliefs, and Depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 98 (3), 248-255.
- Connell, D. K., & Meyer, R.G. (1991). The Reasons for Living Inventory and college population: Adolescent suicidal behaviors, beliefs, and coping skills. *Journal of Clinical Psychology*, 47, 13-27.
- Coopersmith S. (1987). *Self-esteem Inventories*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press;.
- Côté, L., Pronovost, J., & Ross, C. P. (1990). *Étude des tendances suicidaires chez des adolescents de niveau secondaire*. Santé Mentale au Québec, 15, 29-45.
- Cotton, S., Zebracki K., & Rosenthal, S.L. (2006). Religion/spirituality and adolescent health outcomes: a review, *Journal of Adolescent Health*, 38 ,472–480.
- Courtois, A. (2003). Le thérapeute d'adolescents, un « passeur de temps » : un apport systémique et anthropologique. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, Vol 51 (2), 62-69.
- Coyle, J. (2002). Spirituality and Health: towards a framework for exploring the relationship between spirituality and health. *Journal of advanced Nursing*, 37 (6), 589-597.
- Csikszentmihalyi, M. (2007). *Vivre : La psychologie du bonheur*, Collection Pocket Évolution, 377 p.
- Curry, J.F., Miller, Y., Waugh, S., & Anderson, W.B. (1992). Coping Responses in Depressed, Socially Maladjusted, and Suicidal Adolescents. *Psychological Reports*, 71, 80-82.
- Damon, W., & Lerner, R. (2006) *Handbook of Child Psychology*: 6^e édition Vols. 1- 4. New York, 800 p.
- Den Hartog, H. M., Derix, M. M., Van Bemmelen, A. L., Kremer, B. & Jolles, J.(2003). Cognitive functioning in young and middle- aged unmedicated out- patients with major depression: Testing the effort and cognitive speed hypotheses. *Psychological Medicine*, 33(3), 1443- 1451.

- De Wilde, E.J., Kienhorst, I.C., Diekstra, R.F., & Wolters, W.H. (1993). The specificity of psychological characteristics of adolescent suicide attempters. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 32(1):51-9.
- Donahue, M. J. & Benson, P. L. (1995). Religion and the well-being of adolescents. *Journal of Social Issues*, 51, 145-160.
- Dumont, M. (2000). Experience du stress a l'adolescence. *Journal international de psychologie*, 35, 194-206.
- Dyson, J., Cobb, M., & Forman, D. (1997). The meaning of spirituality: A literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 26(6), 1183-1188.
- Ellison, C.G. (1991). Religious involvement and subjective well-being. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(1), 80-99.
- Ellison, C. G., & Levin, J.S. (1998). The religion-health connection :evidence, theory, and future directions, *Health Education & Behavior*, 25, 700-720.
- Fédération mondiale pour la santé mentale (2003). *Journée mondiale de la santé mentale sur les troubles affectifs et comportementaux des enfants et des adolescents*. Juin, 2003, de <http://www.wmhday.net>.
- Fleming, J. E., & Offord, D. R. (1990). Epidemiology of childhood depressive disorders: A critical review. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 29, 571-580.
- Fortin, L., Royer, É., Potvin, P., Marcotte, D., & Yergeau, É. (2004). Prediction of risk for secondary school dropout: Personal, family and school factors. *Canadian Journal of Behavioural Science*, Vol 36(3), 219-231.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1991). Adolescents coping: the different ways in which boys and girls cope. *Journal of Adolescence*, 14, 119-133.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1993). Boys play sport and girls turn to others: age, gender and ethnicity as determinants of coping. *Journal of Adolescence*, 16, 253-266.

- Frydenberg, E. & Lewis, R. (2002) Adolescent well-being: Building young people's resources. dans: *Beyond coping: Meeting goals, vision and challenges*. Oxford University Press. 175-194.
- Garber, J., Little, S., Hilsman, R. & Weaver, K. (1998). Family predictors of suicidal symptoms in young adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 445-457.
- Gartner, J. (1996). Religious commitment, mental health, and prosocial behavior: A review of the empirical literature. Dans E.P. Shafranske (Ed.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp. 187-214). Washington, DC: American Psychological Association
- Gould, M. S., Fisher, P., Parides, M., Flory, M., & Shaffer, D. (1996). Psychosocial risk factors of child and adolescent completed suicide. *Archives of General Psychiatry*, 53(12), 1155-62.
- Gould, M. S., Velting, D., Kleinman, M., Lucas, C., Thomas, J.G., & Chung, M. (2004). Teenagers' Attitudes About Coping Strategies and Help-Seeking Behavior for Suicidality. *Journal of American Academy Child and Adolescent psychiatry*, 43(9), 1124-1133.
- Gothelf, D., Apter, A., Brand-Gothelf, A., Offer, N., Ofek, H., Tyano, S., & Pfeffer, C. (1998). Death Concepts in Suicidal Adolescents, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 37:12.
- Hammond, W. A., & Romney, D.A. (1996). Cognitive factors contributing to adolescent depression. *Journal of youth and adolescence*, 24:667- 83.
- Hankin, B.L., & Abramson, L.Y. (1999). Development of gender differences in depression: description and possible explanations. *Annals of Medicine*, 31(6), 372-9. Review.
- Hankin, B.L., & Abramson, L.Y. (2001). Development of gender differences in depression: an elaborated cognitive vulnerability-transactional stress theory. *Psychological Bulletin*. 127(6):773-96. Review.
- Hoyois, P., Hirsch D., & Matot J-P. (1999) : *Suicide et tentative de suicide à l'adolescence : situation du problème et investigation préliminaire des dispositifs sanitaires en Région de Bruxelles-Capitale*. Cahiers de la Santé, Commission Communautaire Française, 12 , 64 p.

- Institut national de la santé publique du Québec (2004). *Avis scientifique sur la prévention du suicide chez les jeunes*. Québec. Direction développement des individus et des communautés, Gouvernement du Québec.
- Institut national de santé publique du Québec. (2007). *Amélioration continue de la mesure de qualité dans les soins et services de première ligne en santé mentale (ACMQ)* Québec. Direction développement des individus et des communautés, Gouvernement du Québec
- Kazdin, A. E., French, N. H., Unis, A. S., Esveltd-Dawson, K., & Sherick, R. B. (1983). Hopelessness, depression, and suicidal intent among psychiatrically disturbed inpatient children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 504-10.
- Kienhorst, I. W. M., De Wilde, E. J., & Diekstra, R. F. W. (1995). Suicidal behaviour in adolescents. *Archives of Suicide Research*, 1, 185-209.
- King, K.A. (2001). Developing a comprehensive school suicide prevention program. *Journal of School Health*, 71 (4), 132-137.
- King, K.A., & Smith, J. (2000). Project SOAR: A training program to increase school counsellors' knowledge and confidence regarding suicide prevention and intervention. *Journal of School Health*, 70 (10), 402-407.
- Kuehner C. (2003). Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3):163-74. Review.
- Marcotte, D. (2006, mars). *Les troubles intériorisés et extériorisés : leur influence sur la réussite scolaire et éducative*. Symposium organisé dans le cadre du Congrès de la Société québécoise pour la recherche en psychologie, Montréal, Québec.
- McIntosh, J. L. (2000). Epidemiology of adolescent suicide in the United States. Dans R.W. Marris, S. S. Canetto, J. L. McIntosh, & M.M. Silverman (Éds), *Review of Suicidology*, (pp.3-33). New York: The Guilford Press.

- Meehan, P.J., Lamb, J.A., Saltzman, L.E., & O'Carroll, P.W. (1992). Attempted suicide among young adults: progress toward a meaningful estimate of prevalence. *American Journal of Psychiatry*, 149(1):41-4.
- Modrain-Talbott MA, Pullen L, Zandstra K, Ehrenberger H, Muenche & B.A. (1998). Study of Self-Esteem among well Adolescents: Seeking a New Direction, *Comprehensive Pediatric Nursing*, 21(4):229-41.
- Mullins, L. L., Chard, S. R., Hartman, V. L., Bowlby, D., Rich, L. & Burke, C.(1995). The relationship between depressive symptomatology in school children and the social responses of teachers. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(4), 474- 482.
- Orbach, I., & Glaubman, H., (1978). Suicidal, aggressive, and normal children's perception of personal and impersonal death, *Journal of Clinical Psychology*, 34 (4).
- Orbach, I., Kedem, P., Gorchover, O., Apter, A., & Tyano, S., (1993). Fears of Death in Suicidal and Nonsuicidal Adolescents, *Journal of Abnormal Psychology*, 102, (4) 553-558.
- Organisation Mondiale de la Santé (2004). *Le suicide: Un problème de santé publique énorme mais évitable*. Récupéré en septembre 2007, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/fr/>.
- Parent, J., & Rhéaume, D. (dir.) (2004). *La prévention du suicide à l'école*. Ste-Foy : Presses de l'Université du Québec.
- Pinto, A., Whisman, M.A., & Conwell, Y. (1998). Reasons for living in a clinical sample of adolescents. *Journal of Adolescence*, 21, 397-405.
- Plancherel, B., Bolognini, M., & Nunez, R. (1993). Comment les pré-adolescents font-ils face Aux difficultés ? Présentation d'une version française du A-Cope. *Futur psychologie*, 52(1), 31-43.
- Pronovost, J., Leclerc, D., & Dumont, M. (2003). Facteurs de protection reliés au risque suicidaire chez des adolescents : comparaison de jeunes du milieu scolaire et de jeunes en centres jeunesse. *Revue québécoise de psychologie*, 24(1), 179-199.

- Pronovost, G., & Royer, C., (2004). *Les valeurs des jeunes*. Québec, Canada : Presses de l'Université du Québec, pp.49-69.
- Rotheram-Borus, M. J., & Trautman, P. D. (1988) Hopelessness, depression, and suicidal intent among adolescent suicide attempters. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27 (6), 700-4.
- Ruph, F. (2003). *Guide de réflexion sur les stratégies d'apprentissage à l'université. Actualiser mon potentiel intellectuel pour des études de qualité*. Rouyn-Noranda : l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Rutz, W. (2001). Preventing suicide and premature death by education and treatment. *Journal of Affective Disorders*, 62 (1-2), 123-129.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M.A., Valiente, R.M. & Joiner, T.E. (1998). Negative life-events and adolescent suicidal behavior: A critical analysis from the stress process perspective. *Journal of Adolescence*, 21, 415-426.
- Seiffge-Krenke, I. (1995). *Stress, coping and relationships in adolescence*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Seiffge-Krenke, I., & Klessinger, N. (2000). Long-Term Effects of Avoidant Coping on Adolescents Depressive Symptoms. *Journal of Youth Adolescence*, 29(6), 617-630.
- Shaffer, D. (1988). The epidemiology of teen suicide: An examination of risk factors. *Journal of Clinical Psychiatry*, 49(Suppl. 9): 36-41.
- Shaffer, D., Garland, A., Gould, M., Fisher, P., & Trautman, P., (1988). Preventing teenage suicide: a critical review. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 27(6): 675-687.
- Spirito, A., Francis, G., Overholser, J., & Frank, N. (1996). Coping, depression, and adolescent suicide attempts, *Journal of Clinical Child Psychology*, 25(2), 147-155.
- Spirito, A., Overholser, J., & Stark, L.J. (1989). Common Problems and Coping Strategies II: Findings with Adolescent Suicide Attempters. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 17(2), 213-221.

- Stoelb M, Chiriboga J. (1998) A process model for assessing adolescent risk for suicide. *Journal of Adolescence*. 21(4):359-70. Review.
- Vitaro, F., & Gagnon, C. 2000. *La prévention des problèmes d'adaptation, les problèmes internalisés, les problèmes externalisés*, Québec, Presses de l'Université du Québec.
- Votta, E., & Manion, I. (2004). Suicide, High-risk Behaviors, and Coping Style in Homeless Adolescent Males' adjustment. *Journal of Adolescent Health*, 34, 237-243.
- Wagner, B. M. (1997). Family risk factors for child and adolescent suicidal behavior. *Psychological Bulletin*, 121(2):246-98. Review.
- Wagner, B. M., Silverman, M. A. C., & Martin, C. E. (2003). Family factors in youth suicidal behaviors. *American Behavioral Scientist*, 46, 1171-1191.
- Wannan, G. & Fombonne, E. (1998). Gender differences in rates and correlates of suicidal behaviour amongst child psychiatric outpatients. *Journal of Adolescence*, 21: 371-381.
- Weaver, A.J, Samford, J.A., Morgan, V., Lichton, A.I., Larson, D.B., & Garbarino, J. (2000). Research on religious variables in five major adolescent research journals: 1992 to 1996. *Journal of Nervous Mental Disorders*, 188, 36-44.
- Yang, B., & Clum, G.A. (1994). Life stress, social support and problem-solving skills Predictive of depression symptoms, hopelessness, and suicide ideation in an Asian student population: A test of model. *Suicide and Life-Threatening behavior*, 24(2), 127-139.

Appendice A

Voici une série de questions te concernant. S'il te plaît, réponds à chacune de ces questions.

Ne rien inscrire ici

1. a) Quelle est ta date de naissance? : ____ / ____ / ____

Jour Mois Année

b) Quel est ton âge? : ____

2. Où es-tu né? ☐ au Québec
☐ dans une autre province du Canada
☐ à l'extérieur du Canada
☐ ne sais pas

☐

3. Quel est ton sexe? ☐ masculin
☐ féminin

☐

4. Quel est ton niveau de scolarité? (ex. : sec. 2) ____

☐

5. As-tu déjà doublé une année? ☐ oui
☐ non

☐

6. Où demeures-tu? ☐ Je vis avec mes parents biologiques
☐ Je vis avec ma mère seulement
☐ Je vis avec ma mère et son conjoint
☐ Je vis avec mon père seulement
☐ Je vis avec mon père et sa conjointe
☐ Je vis en garde partagée (temps partagé entre mes 2 parents)
☐ Je vis dans une famille d'accueil
☐ Autre : Précisez _____

☐

7. Nombre d'enfants dans ta famille biologique : ____

☐

8. Quel est ton rang dans ta famille biologique (ex. : le plus vieux ou la plus vieille = 1) ____

☐

9. Quelle est ta moyenne académique générale? ☐ entre 50 et 60 %
☐ entre 60 et 70 %
☐ entre 70 et 80 %
☐ entre 80 et 90 %
☐ 90 % et plus

☐

10. Quel est le niveau d'études de tes parents biologiques?

Aucune scolarité

Mère

Père

Ne rien inscrire ici

☐
☐
☐
☐

Primaire :

- 1 à 3

☐
☐

- 4 à 6

☐
☐

Secondaire :

- 1 à 3

☐
☐

- 4 à 5

☐
☐

Collégiale (école professionnelle ou l'équivalent)

☐
☐

Universitaire :

- baccalauréat

☐
☐

- maîtrise ou doctorat

☐
☐

Ne sais pas

☐
☐

Appendice B

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Lis avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisis l'énoncé qui décrit le mieux comment tu t'es senti(e) au cours des **deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerle alors le chiffre placé devant l'énoncé que tu as choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, tu en trouves plusieurs qui semblent décrire également bien tes sentiments, choisis celui qui a le chiffre le plus élevé et encerle ce chiffre. Assure-toi bien de ne choisir qu'un **seul** énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe no 16 (changement aux habitudes de sommeil) et le groupe no 18 (changement à l'appétit).

	Ne rien inscrire ici
1. Tristesse 0 Je ne me sens pas triste. 1 Je me sens très souvent triste. 2 Je suis toujours triste. 3 Je suis si triste ou si malheureux(se) que ce n'est pas endurable.	<input type="checkbox"/>
2. Pessimisme 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir. 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir. 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi. 3 Je n'ai aucun espoir dans l'avenir et je sens qu'il ne peut qu'empirer.	<input type="checkbox"/>
3. Échecs dans le passé 0 Je n'ai pas l'impression d'avoir échoué dans la vie. 1 J'ai subi plus d'échecs que je n'aurais dû. 2 Quand je pense à mon passé, je vois un grand nombre d'échecs. 3 J'ai l'impression d'être un échec complet en tant qu'être humain.	<input type="checkbox"/>
4. Perte de plaisir 0 Les choses qui me plaisent me procurent autant de satisfaction qu'avant. 1 Les choses ne me procurent pas autant de satisfaction qu'avant. 2 Je retire très peu de satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire. 3 Je ne retire aucune satisfaction des choses qui avaient l'habitude de me plaire.	<input type="checkbox"/>
5. Sentiments de culpabilité 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable. 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire. 2 Je me sens coupable la plupart du temps. 3 Je me sens tout le temps coupable.	<input type="checkbox"/>
6. Sentiment d'être puni(e) 0 Je n'ai pas l'impression d'être puni(e). 1 J'ai l'impression que je pourrais être puni(e). 2 Je m'attends à être puni(e). 3 Je sens que je suis puni(e).	<input type="checkbox"/>
7. Sentiments négatifs envers soi 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé. 1 J'ai perdu confiance en moi. 2 Je suis déçu(e) de moi-même. 3 Je ne m'aime pas.	<input type="checkbox"/>
8. Attitude critique envers soi 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude. 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais. 2 Je me reproche tous mes défauts. 3 Je me sens responsable de tous les malheurs qui arrivent.	<input type="checkbox"/>

Ne rien
inscrire ici

9. **Pensées ou désirs de suicide**
 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
 2 J'aimerais me suicider.
 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.
10. **Pleurs**
 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
 1 Je pleure plus qu'avant.
 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.
11. **Agitation**
 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou m'occuper à quelque chose.
12. **Perte d'intérêt**
 0 Je n'ai pas perdu intérêt pour les gens et pour diverses activités.
 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.
13. **Indécision**
 0 Je prends des décisions aussi bien qu'avant.
 1 Il m'est plus difficile qu'avant de prendre des décisions.
 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.
14. **Dévalorisation**
 0 Je ne considère pas que je suis sans valeur.
 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
 2 Je sens que je vauds moins que les autres.
 3 J'ai l'impression que je ne vauds absolument rien.
15. **Perte d'énergie**
 0 J'ai autant d'énergie qu'avant.
 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour faire grand-chose.
 3 Je n'ai pas suffisamment d'énergie pour faire quoi que ce soit.
16. **Changement aux habitudes de sommeil**
 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
 3a Je dors presque toute la journée.
 3b Je me réveille une ou deux heures avant le temps et je suis incapable de me rendormir.
17. **Irritabilité**
 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
 3 Je suis constamment irritable.

	Ne rien inscrire ici
18. Changement à l'appétit 0 Mon appétit n'a pas changé. 1a J'ai un peu moins d'appétit qu'avant. 1b J'ai un peu plus d'appétit qu'avant. 2a J'ai beaucoup moins d'appétit qu'avant. 2b J'ai beaucoup plus d'appétit qu'avant. 3a Je n'ai pas d'appétit du tout. 3b J'ai constamment envie de manger.	<input type="checkbox"/>
19. Difficulté à se concentrer 0 Je parviens à me concentrer aussi bien qu'avant. 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien qu'avant. 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit. 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.	<input type="checkbox"/>
20. Fatigue 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude. 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude. 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire beaucoup des choses que je faisais avant. 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.	<input type="checkbox"/>
21. Perte d'intérêt pour le sexe 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe. 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant. 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant. 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.	<input type="checkbox"/>

Appendice C

Ce questionnaire comprend 20 énoncés. S'il te plaît, lis les attentivement un par un. Si l'énoncé décrit ton attitude au cours de la **dernière semaine, incluant aujourd'hui**, encercle la lettre « V » indiquant VRAI dans la colonne à côté de cet énoncé. Si l'énoncé ne décrit pas ton attitude, encercle la lettre « F » indiquant FAUX dans la colonne à côté de cet énoncé. **Assure-toi de lire attentivement chaque énoncé.**

	V	F	Ne rien inscrire ici
1. Je regarde l'avenir avec espoir et enthousiasme.	V	F	<input type="checkbox"/>
2. Je ferais mieux d'abandonner car il n'y a rien que je puisse faire pour rendre les choses meilleures pour moi.	V	F	<input type="checkbox"/>
3. Quand les choses vont mal, ça m'aide de savoir que cela ne durera pas toujours.	V	F	<input type="checkbox"/>
4. Je ne peux pas imaginer ce que ma vie sera dans dix ans.	V	F	<input type="checkbox"/>
5. J'ai assez de temps pour réaliser les choses que je veux faire.	V	F	<input type="checkbox"/>
6. Dans le futur, je m'attends à réussir dans ce qui est le plus important pour moi.	V	F	<input type="checkbox"/>
7. Mon avenir me semble sombre.	V	F	<input type="checkbox"/>
8. Je suis particulièrement chanceux et je m'attends à recevoir plus de bonnes choses dans la vie que la moyenne des gens.	V	F	<input type="checkbox"/>
9. Je n'ai pas de chance et il n'y a pas de raison que j'en aie dans le futur.	V	F	<input type="checkbox"/>
10. Mes expériences passées m'ont bien préparé pour l'avenir.	V	F	<input type="checkbox"/>
11. Tout ce que je vois devant moi est désagréable plutôt qu'agréable.	V	F	<input type="checkbox"/>
12. Je ne m'attends pas à obtenir ce que je veux vraiment.	V	F	<input type="checkbox"/>
13. Quand je regarde l'avenir, je m'attends à être plus heureux que maintenant.	V	F	<input type="checkbox"/>
14. Les choses ne marcheront tout simplement pas comme je le veux.	V	F	<input type="checkbox"/>
15. J'ai une grande confiance en l'avenir.	V	F	<input type="checkbox"/>
16. Je n'ai jamais ce que je veux, donc il est ridicule de désirer quoi que ce soit.	V	F	<input type="checkbox"/>
17. Il est très improbable que je vive de vraies satisfactions dans le futur.	V	F	<input type="checkbox"/>
18. L'avenir me semble vague et incertain.	V	F	<input type="checkbox"/>
19. Je peux espérer plus de bons moments que de mauvais.	V	F	<input type="checkbox"/>
20. Il est inutile de vraiment essayer d'obtenir quelque chose que je veux parce que je ne l'obtiendrai probablement pas.	V	F	<input type="checkbox"/>

Appendice D

1	2	3	4	5
----- ----- ----- -----				
très malheureux	malheureux	neutre	heureux	très heureux

19. Si tu avais des problèmes à l'école à cause de ta conduite.	1	2	3	4	5
20. Si tu devais avoir ou transmettre une maladie vénérienne (MTS).	1	2	3	4	5
21. Si tu rencontrais un professeur que tu aimes beaucoup.	1	2	3	4	5
22. Si ta famille avait de sérieux problèmes d'argent.	1	2	3	4	5
23. Si tu t'achetais une chaîne stéréo ou un téléviseur.	1	2	3	4	5
24. Si tes parents se disputaient très souvent.	1	2	3	4	5
25. Si tu te sauvais de la maison.	1	2	3	4	5
26. Si tu avais régulièrement des rendez-vous galants.	1	2	3	4	5
27. Si tu avais de mauvaises notes à l'école.	1	2	3	4	5
28. Si tu prenais des vacances sans tes parents.	1	2	3	4	5
29. Si tu commençais à conduire une voiture.	1	2	3	4	5
30. Si tu rompais avec ton ami-e.	1	2	3	4	5
31. Si ta famille devait déménager dans un nouveau quartier.	1	2	3	4	5
32. Si tu gagnais toi-même de l'argent.	1	2	3	4	5
33. Si tu adoptais une religion.	1	2	3	4	5
34. Si ton père ou ta mère se remariait.	1	2	3	4	5
35. Si tu avais une expérience homosexuelle.	1	2	3	4	5
36. Si tu prenais beaucoup de poids.	1	2	3	4	5
37. Si tu avais un accident ou une maladie grave.	1	2	3	4	5
38. Si tu avais une première relation sexuelle.	1	2	3	4	5
39. Si ton père ou ta mère buvait beaucoup.	1	2	3	4	5

Tu trouveras énumérées ci-dessous les mêmes situations décrites dans le questionnaire précédent. Peux-tu s.v.p. indiquer, en encerclant « oui » ou « non », si tu t'es trouvé dans chacune de ces situations il y a plus d'un an (+ 1 an) ou au cours de la dernière année (- 1 an). Assures-toi d'avoir encerclé deux éléments de réponse par question.

	+1 an		-1 an		Ne rien inscrire ici
1. Mes parents se sont séparés ou divorcés.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
2. Un membre de ma famille a eu un accident ou une maladie grave.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3. Je me suis « tenu » avec un nouveau groupe d'amis.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. J'ai eu des ennuis avec la justice.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. J'ai volé un objet de valeur.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
6. J'ai pris régulièrement des médicaments prescrits par le médecin.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
7. J'ai été très amoureux.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8. Il y a eu un ou plusieurs décès dans ma famille.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9. J'ai eu le visage couvert d'acné.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
10. Un frère ou une sœur à moi a quitté la maison.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
11. J'ai commencé à voir un conseiller ou un psychologue	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
12. Mon père ou ma mère a changé d'emploi.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
13. J'ai commencé un hobby qui prend beaucoup de mon temps.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
14. J'ai été enceinte ou j'ai mis une fille enceinte.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
15. J'ai pris la décision d'aller ou non au collège.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
16. J'ai songé au suicide.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
17. J'ai changé d'école.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
18. Je me suis joint à un club ou à un groupe d'intérêt.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
19. J'ai eu des problèmes à l'école à cause de ma conduite.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
20. J'ai eu ou j'ai transmis une maladie vénérienne (MTS).	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
21. J'ai rencontré un professeur que j'aime beaucoup.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

	+1 an		-1 an		Ne rien inscrire ici
22. Ma famille a eu de sérieux problèmes d'argent.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
23. Je me suis acheté un chaîne stéréo ou un téléviseur.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
24. Mes parents se sont disputés très souvent.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
25. Je me suis sauvé de la maison.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
26. J'ai eu régulièrement des rendez-vous galants.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
27. J'ai eu de mauvaises notes à l'école.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
28. J'ai pris des vacances sans mes parents.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
29. J'ai commencé à conduire une voiture.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
30. J'ai rompu avec mon ami.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
31. Ma famille a déménagé dans un nouveau quartier.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
32. J'ai gagné moi-même de l'argent.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
33. J'ai adopté une religion.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
34. Mon père ou ma mère s'est remarié.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
35. J'ai eu une expérience homosexuelle.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
36. J'ai pris beaucoup de poids.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
37. J'ai eu un accident ou une maladie grave.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
38. J'ai eu une première relation sexuelle.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
39. Mon père ou ma mère a bu beaucoup.	Oui	Non	Oui	Non	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

Appendice E

Les jeunes éprouvent de nombreuses inquiétudes ou des problèmes par rapport à des aspects comme l'école, le travail, leur famille, leurs amis(e)s, les autres jeunes de leur âge et l'univers. Tu trouveras plus bas une liste énumérant différentes façons utilisées par des gens de ton âge pour faire face à ces inquiétudes ou problèmes. **S'il te plaît, indique pour chaque énoncé, les choses que tu fais pour affronter tes inquiétudes ou problèmes en encerclant le numéro 1, 2, 3, 4 ou 5.** Il n'existe pas de bonnes ou mauvaises réponses. Ne passes pas trop de temps sur une question; donnes plutôt la réponse qui décrit le mieux la façon dont tu te sens. Par exemple: S'il t'arrive **quelquefois** d'affronter une difficulté en "parlant avec d'autres pour voir qu'est-ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème", tu encercleras le chiffre 3 tel qu'illustré ci-dessous :

Parler avec d'autres pour voir ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème 1 2 3 4 5

	1= Ne s'applique pas	2= Utilisé rarement	3= Utilisé quelquefois	4= Utilisé souvent	5= Utilisé très souvent
1. Parler avec d'autres pour voir ce qu'ils feraient s'ils avaient ce problème	1	2	3	4	5
2. Travailler à résoudre ce qui cause le problème	1	2	3	4	5
3. Continuer à faire ce qui est demandé pour réussir	1	2	3	4	5
4. Faire du sport	1	2	3	4	5
5. Confier mes inquiétudes à Dieu pour qu'il m'aide	1	2	3	4	5
6. Demander conseil à une personne qualifiée	1	2	3	4	5
7. M'inquiéter à propos de mon avenir	1	2	3	4	5
8. Faire semblant que cela va bien pour faire bonne impression auprès des personnes qui comptent pour moi	1	2	3	4	5
9. Ne rien faire car je ne peux rien par rapport à ce problème	1	2	3	4	5
10. Laisser tomber	1	2	3	4	5
11. Rencontrer des amis	1	2	3	4	5
12. Pleurer, crier, faire des crises	1	2	3	4	5
13. Espérer le meilleur sans rien faire	1	2	3	4	5
14. Téléphoner à un ami(e)	1	2	3	4	5
15. Garder mes sentiments pour moi	1	2	3	4	5
16. Ignorer le problème	1	2	3	4	5
17. Parler aux autres et se donner du support entre nous	1	2	3	4	5
18. Travailler à résoudre le problème au meilleur de mes capacités	1	2	3	4	5

	1= Ne s'applique pas	2= Utilisé rarement	3= Utilisé quelquefois	4= Utilisé souvent	5= Utilisé très souvent			
19. Aller à l'école régulièrement				1	2	3	4	5
20. Garder la forme physique et rester en santé				1	2	3	4	5
21. Me rappeler ceux qui sont pires que moi, comme ça mes problèmes semblent moins graves				1	2	3	4	5
22. Prier pour obtenir de l'aide et des conseils afin que tout aille bien				1	2	3	4	5
23. Rechercher de l'aide professionnelle				1	2	3	4	5
24. M'inquiéter de mon bonheur				1	2	3	4	5
25. Travailler fort pour réussir				1	2	3	4	5
26. Trouver une façon de relaxer (par exemple écouter de la musique, lire un livre, jouer d'un instrument de musique, regarder la télévision...)				1	2	3	4	5
27. Chercher à être mieux en fumant, en consommant de l'alcool ou des drogues				1	2	3	4	5
28. Éprouver des malaises physiques, tomber malade				1	2	3	4	5
29. Espérer qu'un miracle survienne				1	2	3	4	5
30. Éviter les autres pour ne pas parler de mes problèmes				1	2	3	4	5
31. Rechercher l'encouragement des autres				1	2	3	4	5
32. Considérer le point de vue des autres et essayer d'en tenir compte				1	2	3	4	5
33. M'inquiéter de mes relations avec les autres				1	2	3	4	5
34. Aller faire du conditionnement physique				1	2	3	4	5
35. Voir le bon côté des choses et avoir une pensée positive				1	2	3	4	5
36. Lire un livre religieux				1	2	3	4	5
37. M'inquiéter de ce qui arrive				1	2	3	4	5
38. Essayer de m'ajuster à mes amis(es)				1	2	3	4	5
39. Organiser une action ou pétition en rapport avec mon problème				1	2	3	4	5
40. Investir dans mes relations affectives (amour, amitié, famille)				1	2	3	4	5
41. Espérer que le problème s'arrange de lui-même				1	2	3	4	5
42. Me critiquer				1	2	3	4	5
43. Empêcher les autres de savoir ce qui me tracasse				1	2	3	4	5
44. Penser à ce que je fais et pourquoi je le fais				1	2	3	4	5

	1= Ne s'applique pas	2= Utilisé rarement	3= Utilisé quelquefois	4= Utilisé souvent	5= Utilisé très souvent			
45. Bien accomplir tout ce que je fais				1	2	3	4	5
46. Sortir, avoir du plaisir et oublier mes difficultés				1	2	3	4	5
47. Essayer de voir la vie du bon côté				1	2	3	4	5
48. Prier pour que Dieu m'aide				1	2	3	4	5
49. Former un groupe pour venir à bout du problème				1	2	3	4	5
50. Améliorer mes relations avec les autres				1	2	3	4	5
51. Prendre conscience que je me rends les choses difficiles				1	2	3	4	5
52. Aller à des rencontres qui portent sur le problème				1	2	3	4	5
53. Essayer de me faire des amis(es) intimes (garçons ou filles)				1	2	3	4	5
54. Imaginer comment les choses pourraient s'arranger suffit à régler le problème				1	2	3	4	5
55. Je ne possède aucun moyen pour faire face à la situation				1	2	3	4	5
56. Me blâmer, m'accuser				1	2	3	4	5
57. Ne pas laisser paraître aux autres comment je me sens				1	2	3	4	5
58. Ignorer volontairement le problème				1	2	3	4	5
59. Parler avec d'autres de mes inquiétudes afin de m'aider à m'en sortir				1	2	3	4	5
60. Travailler pour réussir plutôt que de sortir				1	2	3	4	5
61. Demander de l'aide à un(e) professionnel(le)				1	2	3	4	5
62. Voir le positif dans la façon dont les choses se passent				1	2	3	4	5
63. Souffrir de maux de tête ou de brûlements d'estomac				1	2	3	4	5
64. M'inquiéter à propos de ce qui va m'arriver				1	2	3	4	5
65. Chasser le problème hors de ma pensée				1	2	3	4	5
66. Faire ce que mes amis(es) veulent pour ne pas leur déplaire				1	2	3	4	5
67. Me joindre à d'autres qui ont les mêmes soucis				1	2	3	4	5
68. Passer mes frustrations sur les autres				1	2	3	4	5
69. Imaginer que les choses vont s'arranger d'elles-mêmes				1	2	3	4	5
70. Me dire que c'est de ma faute				1	2	3	4	5

	1= Ne s'applique pas	2= Utilisé rarement	3= Utilisé quelquefois	4= Utilisé souvent	5= Utilisé très souvent
71. Aller chercher de l'aide auprès d'autres personnes comme les parents, les amis(es)	1	2	3	4	5
72. Discuter du problème avec des personnes compétentes	1	2	3	4	5
73. M'inquiéter à propos de l'avenir de la planète	1	2	3	4	5
74. Prendre du temps pour les loisirs	1	2	3	4	5
75. Réduire ou augmenter la nourriture, la boisson ou mes heures de sommeil	1	2	3	4	5
76. Ne plus penser au problème afin de l'éviter	1	2	3	4	5
77. Passer plus de temps avec mon chum ou ma blonde	1	2	3	4	5
78. Penser à différentes façons d'affronter le problème	1	2	3	4	5
79. Trouver une façon de me défouler (par exemple pleurer, crier, se saouler...)	1	2	3	4	5
80. Écris ici toutes les autres choses que tu fais pour affronter tes difficultés: _____					

Appendice F

S'il te plaît, indique ton niveau d'accord avec les énoncés suivants en entourant le chiffre correspondant à ta réponse.

1= Fortement en désaccord	2= En désaccord	3= Plutôt en désaccord	4= Plutôt en accord	5= En accord	6= Fortement en accord
---------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------	-----------------	------------------------------

1. Je trouve du sens dans les expériences que je vis.	1	2	3	4	5	6
2. Il y a un sens à ce que je fais.	1	2	3	4	5	6
3. Je suis content de la personne que je suis devenue.	1	2	3	4	5	6
4. Je vois le côté sacré (religieux ou moral) de la vie de tous les jours.	1	2	3	4	5	6
5. Je médite pour avoir accès à ma vie spirituelle (vie intérieure).	1	2	3	4	5	6
6. Je vis en harmonie avec la nature.	1	2	3	4	5	6
7. Je crois qu'il y a un lien (relation) entre toutes les choses. Je peux le (la) ressentir même si je ne le (la) vois pas.	1	2	3	4	5	6
8. Ma vie est un processus en devenir (en évolution).	1	2	3	4	5	6
9. Je crois en une puissance supérieure/intelligence universelle.	1	2	3	4	5	6
10. Je crois que toute créature vivante mérite le respect.	1	2	3	4	5	6
11. La Terre est sacrée.	1	2	3	4	5	6
12. Pour moi, c'est important de maintenir et entretenir mes relations avec les autres.	1	2	3	4	5	6
13. J'utilise le silence pour entrer en contact avec moi-même.	1	2	3	4	5	6
14. Je crois que la nature devrait être respectée.	1	2	3	4	5	6
15. Je suis en relation avec une puissance supérieure/intelligence universelle.	1	2	3	4	5	6
16. Ma spiritualité me donne une force intérieure.	1	2	3	4	5	6
17. Je suis capable de recevoir de l'amour des autres.	1	2	3	4	5	6

1= Fortement en désaccord	2= En désaccord	3= Plutôt en désaccord	4= Plutôt en accord	5= En accord	6= Fortement en accord
---------------------------------	--------------------	------------------------------	------------------------	-----------------	------------------------------

18. Ma foi en une puissance supérieure/intelligence universelle m'aide à relever les défis dans ma vie.	1	2	3	4	5	6
19. Je m'efforce de corriger les excès de mon style/mes habitudes de vie.	1	2	3	4	5	6
20. Je respecte les différences entre les gens.	1	2	3	4	5	6
21. La prière fait partie intégrante de mon être spirituel.	1	2	3	4	5	6
22. Par moment, je sens que je ne fais qu'un avec l'univers.	1	2	3	4	5	6
23. Je prends souvent le temps d'évaluer mes choix de vie comme manière de vivre ma spiritualité.	1	2	3	4	5	6

Appendice G

Imagine qu'une personne de ton âge pense à se suicider et se confie à quelqu'un. Ce questionnaire énumère des **raisons précises** qu'une personne peut avoir de rester en vie lorsqu'elle pense à se suicider. Lis attentivement chacun des énoncés et choisis le chiffre qui décrit le mieux **quelle importance** tu accordes à chacune de ces raisons **de ne pas se suicider**.

Utilise l'échelle ci-dessous et entoure le chiffre approprié à la droite de chaque énoncé. Considère toutes les possibilités de réponses afin de ne pas choisir seulement les chiffres au milieu (2, 3, 4, 5) ou aux extrémités.

	1= Pas du tout important	2= Vraiment non important	3= Plutôt non important	4= Plutôt important	5= Vraiment important	6= Extrêmement important
1. Lorsque qu'on a un problème, on peut se tourner vers sa famille pour obtenir du soutien et des conseils.	1	2	3	4	5	6
2. Ce serait douloureux et effrayant de s'enlever la vie.	1	2	3	4	5	6
3. On s'accepte tel qu'on est.	1	2	3	4	5	6
4. On a le goût de vivre plein de choses en vieillissant.	1	2	3	4	5	6
5. Les amis nous soutiennent quand on a un problème.	1	2	3	4	5	6
6. On se sent aimé et accepté par ses amis proches.	1	2	3	4	5	6
7. On se sent affectivement proche de sa famille.	1	2	3	4	5	6
8. On a peur de mourir, alors on ne pense pas à se tuer.	1	2	3	4	5	6
9. On s'aime comme on est.	1	2	3	4	5	6
10. Les amis se soucient beaucoup de nous.	1	2	3	4	5	6
11. On aimerait réaliser ses projets ou ses buts dans le futur.	1	2	3	4	5	6
12. La famille prend le temps d'écouter nos expériences à l'école, au travail ou à la maison.	1	2	3	4	5	6

1= Pas du tout important	2= Vraiment non important	3= Plutôt non important	4= Plutôt important	5= Vraiment important	6= Extrêmement important
--------------------------------	---------------------------------	-------------------------------	------------------------	-----------------------------	--------------------------------

13. On s'attend à ce que beaucoup de bonnes choses nous arrivent dans le futur.	1	2	3	4	5	6
14. On est satisfait de soi.	1	2	3	4	5	6
15. On espère réaliser ses projets ou ses buts dans l'avenir.	1	2	3	4	5	6
16. On croit que nos amis nous apprécient quand on est avec eux.	1	2	3	4	5	6
17. On aime être avec sa famille.	1	2	3	4	5	6
18. On pense être une personne bien.	1	2	3	4	5	6
19. On s'attend à réussir dans l'avenir.	1	2	3	4	5	6
20. La pensée de se tuer nous effraie.	1	2	3	4	5	6
21. On a peur de se tuer, quelque soit la méthode.	1	2	3	4	5	6
22. On peut compter sur ses amis pour être aidé si on a un problème.	1	2	3	4	5	6
23. La plupart du temps, la famille encourage et appuie nos projets et nos buts.	1	2	3	4	5	6
24. La famille se soucie de la façon dont on se sent.	1	2	3	4	5	6
25. L'avenir semble tout à fait encourageant et prometteur.	1	2	3	4	5	6
26. On a peur de se tuer.	1	2	3	4	5	6
27. Les amis nous acceptent tel qu'on est vraiment.	1	2	3	4	5	6
28. On a plusieurs projets qu'on a hâte de réaliser.	1	2	3	4	5	6
29. On se sent bien dans sa peau.	1	2	3	4	5	6
30. La famille se soucie beaucoup de ce qui nous arrive.	1	2	3	4	5	6
31. On est content de soi.	1	2	3	4	5	6
32. On serait effrayé ou apeuré de faire des plans pour se tuer.	1	2	3	4	5	6